Rok LIII. Kraków, dnia 20 czerwca 1914 Nr 25.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z oddziału chorób wewnętrznych (I. B.) krajowego Szpitala Św. Łazarza w Krakowie.

W sprawie rozpoznawania zapalenia opon mózgowordzeniowych.

Napisał

Dr Antoni Krokiewicz.

Rozpoznanie tła etyologicznego w przebiegu zapalenia opon mózgowych napotyka niekiedy na znaczne trudności. Zazwyczaj chodzi o to, czy zapalenie opon mózgowych jest pierwotne, t. j. wywołane wskutek zadziałania dwoinek Weichselbauma lub jadu swoistego gruźliczego, czy też wtórorzędne, t. j. w następstwie choroby zakaźnej, np. róży, włóknikowego zapalenia płuc, ropnego zapalenia ucha środkowego i t. d. Za przyrodą pierwotną ostrą, zakaźną, t. j. za zakażeniem dwoinkami Weichselbauma, przemawia w danym przypadku ostre rozpoczęcie się choroby, sztywność karku, przeczulica w zakresie dotyku i bólu, bóle głowy i wzdłuż kręgosłupa, wymioty, opryszczki, objaw Kerniga, gorączka i obecność meningokoków w cieczy mózgowordzeniowej. Bardzo znamienną cechę rozpoznawczą stanowi przeczulica na dolnych kończynach, a zwłaszcza uczucie bólu przy wykonywaniu ruchów biernych.

Stanowczo rozstrzyga za zapaleniem nagminnem opon mózgowordzeniowych obecność meningokoków w cieczy mózgowordzeniowej, otrzymanej przez nakłucie lędźwiowe według Quinckego. Ciecz mózgowordzeniowa jest naówczas zazwyczaj mętna i pozostaje w kanale mózgowordzeniowym pod wysokiem ciśnieniem; rzadko jest wodojasna przy prawidłowem lub nawet obniżonem ciśnieniu. Pomimo wyglądu wodojasnego można naówczas z cieczy mózgowordzeniowej wyhodować meningokoki. Jeśli ciecz mózgowordzeniowa jest mętna, to w osadzie po odwirowaniu znajdują się w przeważnej liczbie leukocyty wielojądrzaste, mniej licznie drobne limfocyty obok mnogich wielkich jednojądrzastych komórek, których jądra nie tak silnie się barwią, jak w limfocytach, a są od nich 2—3 razy większe. Na preparacie barwionym spotyka się meningokoki po 2, 4, lub w większych gromadkach jużto wewnątrz, jużto na zewnątrz leukocytów i przeważnie pośród nich.

Dwoinki Weichselbauma nie barwią się metodą Grama; rozwijają się na agarze z surowicą krwi lub z cieczą przesiękową z jamy brzusznej.

Jeśli płyn mózgowordzeniowy nie zawiera dwoinek, nie można stanowczo w danym przypadku zapalenia opon mózgowordzeniowych wyłączyć przyrody pierwotnej zakaźnej, ostrej; wydarza się bowiem, iż dopiero przy powtórnem nakłuciu lędźwiowem badanie bakteryologiczne daje wynik dodatni.

W przebiegu zapalenia gruźliczego opon mózgowych stwierdzić można wziernikiem ocznym obecność gruzełków w naczyniówce. Dla rozpoznania różniczkowego ważny jest sam początek choroby, gdyż przy zapaleniu gruźliczem opon mózgowych okres wylęgania trwa znacznie dłużej i objawia się bólami głowy, zmianą w usposobieniu i apatyą, brakiem opryszczek. Prócz tego można naówczas prawie zawsze wykazać obciążenie dziedziczne gruźlicą i jużto zmiany gruźlicze równoczesne w innych narządach, jak w płucach, kościach i stawach, gruczołach chłonnych, jużto przebyte zapalenie opłucnej. Niemniej ważny jest wynik badania cieczy mózgowordzeniowej, otrzymanej przez nakłucie lędźwiowe, która bywa przeważnie czysta lub mało mętna i zawiera w osadzie wyłącznie prawie limfocyty, tudzież prątki Kocha.

W przypadkach wtórorzędnych zapaleń opon mózgowordzeniowych, ciecz mózgowordzeniowa, otrzymana przez nakłucie lędźwiowe, zachowuje się cytologicznie tak samo, jak przy zapaleniu pierwotnem nagminnem, gdyż zawiera przeważnie wielojądrzaste leukocyty obok mniej licznych limfocytów. Ze względu na tło etyologiczne widoczne są w preparacie barwionym w przebiegu »meningitis streptococcica« — paciorkowce; w przebiegu »meningitis staphylococcica« — gronkowce, barwiące się metodą Grama; w przebiegu »meningitis pneumococcica» — dwoinki lancetowate, z otoczką, barwiące się metodą Grama.

Od zapalenia opon mózgowordzeniowych należy odróżnić stan chorobowy, zwany meningizmem, występujący przy różnych chorobach zakaźnych (dur brzuszny, zapalenie płuc, płonica). Objawy mózgowe, jak sztywność karku, odczyn Kerniga, przeczulica, zwiększone parcie cieczy mózgowordzeniowej, są naówczas wywołane przez toksyny, wogóle produkty wydzielnicze odnośnych zarazków chorobowych, a w cieczy uzyskanej przez nakłucie lędźwiowe brak ciałek wysiękowych i zarazków chorobowych uorganizowanych.

W b. r. miałem sposobność spostrzegać na moim oddziale przypadek zapalenia opon mózgowych, który ze

względu na przebieg kliniczny i trudności rozpoznawcze zasługuje na szczególniejszą uwagę.

J. B., uczeń gimnazyalny, liczący lat 14, miał przebyć w dzieciństwie płonicę, a przed rokiem grypę; zresztą nigdy nie chorował. Obecna choroba miała się rozpocząć nagle przed dziesięciu dniami dreszczami, bólami głowy, wymiotami, zaparciem stolca, opryszczkami na wardze, poczem od 4 dni dołączył się zez zbieżny na oku prawem wraz z opadnięciem powieki górnej prawej i podwójnem widzeniem przedmiotów bardziej oddalonych. Rodzice chorego żyją i są zdrowi. Wywiady w kierunku obciążenia dziedzicznego gruźlicą ujemne.

Stan chorego w dniu 4. IV. b. r. następujący:

Osobnik wzrostu małego, miernie rozwinięty i odżywiony. Ciepłota ciała 38·7° C.; skóra bladoróżowa; na wardze dolnej opryszczki przysychające. Kościec i mięśnie słabo rozwinięte. Gruczoły chłonne na karku i szyi nieznacznie powiększone.

Klatka piersiowa płaska. Dolna granica płuca prawego sięga z przodu w linii sutkowej do 6. żebra, a lewego do 4. żebra; z tyłu w linii przykręgowej po obu stronach do dolnego brzegu 10. żebra, mniej ruchoma, zwłaszcza po stronie lewej. Odgłos opukowy z przodu jawny, szmery oddechowe zaostrzone, tu i ówdzie pokryte świstami, furczeniami i skąpemi rzężeniami. Z tyłu po obu stronach, zwłaszcza po stronie lewej, w częściach szczytowych i dolnych płuc odgłos krótszy, a szmery oddechowe zaostrzone, pokryte świstami i dość licznemi drobnemi rzężeniami, Liczba oddechów na minutę 20. Plwociny skąpe, śluzoworopne, nie zawierają prątków Kocha. Uderzenie koniuszkowe serca w 5. lewem międzyżebrzu na wewnątrz od sutka. Wymiary serca prawidłowe. Tony serca bez zmian. Tętno regularne, dobrze napięte, 100 na minutę.

Język suchy, czysty. Brzuch miernie wzdęty, za uciskiem tkliwy. W jelitach kruczenie. Brak apetytu; stolec zaparty. Wątroba i śledziona nie powiększone.

Przytomność utrzymana; mierne bóle głowy; sen przerywany. Odruchy kolanowe zniesione, brzuszne utrzymane. Sztywność karku znaczna; objaw Kerniga bardzo wyraźny; opadnięcie powieki górnej prawej, zez zbieżny na oku prawem, obie źrenice rozszerzone i leniwo oddziałujące na światło i zbieżność; podwójne widzenie; ból w uchu prawem przy każdym ruchu.

Oddawanie moczu prawidłowe. Mocz winnożółty, oddziałuje kwaśno, okazuje zmniejszone chlorki, nie zawiera białka i cukru.

4/IV. Ciepłota ranna 38·7° C, wieczorna 40·2° C; zresztą jak s. p. Choremu podano wewnętrznie aspirynę z urotropiną, środki przeczyszczające i zastosowano na głowę okłady lodowe.

5/IV. Ciepłota rano 38·6°, wieczorem 37·3°C. Chory odpowiada na pytania dość przytomnie. Opadnięcie powieki, zez, tężec tylny (opisthotonus), objaw Kerniga: bardzo wybitny. Źrenice miernie rozszerzone, leniwo oddziałują; szum w uchu prawem. Tętno 80, regularne, prawidłowo napięte, liczba oddechów 24. Sen dobry, stolec zaparty. W celu leczniczym i rozpoznawczym zastosowano nakłucie lędźwiowe. Płyn wydobywający się z kanału rdzeniowego pozostawał pod wysokiem ciśnieniem i był mało mętny.

6/IV. Ciepłota ciała rano 37·5° C, a wieczorem 37·2° C; tętno 80, regularne, nieco miękkie; liczba oddechów 24; oddychanie swobodne; stan płuc niezmieniony. Chory przytomniejszy; sen dobry; oddawanie moczu trudniejsze; stolec zaparty. Zresztą stan ogólny nerwowy jak s. p.

Badanie osadu płynu, otrzymanego przez nakłucie lędźwiowe, wykazało prawie wyłącznie tylko limfocyty, a bardzo nieliczne ciałka białe wielojądrzaste. Badanie co do prątków Kocha metodą Ziehl-Neelsona dało wynik zupełnie ujemny; natomiast na preparatach barwionych metodą Jännera stwierdzić było można wyłącznie tylko bardzo liczne ziarenkowce, ugrupowane po 2, 4 lub w większych gromadkach, dość często pośród wielojądrzastych leukocytów. Dalszych badań różniczkowych, t. j. założenia hodowli, jak i barwienia różniczkowego na preparatach zasuszanych nie można było wykonać z powodu zbyt szczupłego osadu z uzyskanej cieczy mózgowordzeniowej, a powtarzanie nakłucia lędźwiowego ze względu na ogólny stan chorego na razie było przeciwwskazane.

7/IV. Ciepłota ranna 38·7° C., wieczorna 39·3° C. Tętno 72, regularne, prawidłowo napięte; liczba oddechów 24. Język podsychający. Mocz zatrzymany; stolec zaparty. Bardzo znaczne osłabienie; zresztą stan takisam, jak poprzednio.

8/IV. Ciepłota rano 38° C, wieczorem 39° C. Na wardze dolnej ślad opryszczek. Tętno 100, regularne, dość dobrze napięte; liczba oddechów 24 na minutę; oddychanie swobodne. Język suchy, stolec zaparty, oddawanie moczu utrudnione. Bóle głowy nieznaczne; sen przerywany; przytomność dość utrzymana. Objaw Kerniga, stężenie karku, zez zbieżny na oku prawem, opadnięcie górnej powieki prawej i podwójne widzenie niezmienione.

9/IV. Ciepłota rano 37° C. Agonia. Chory zmarł o $2^1/_2$ po południu wśród ogólnego postępującego porażenia i obrzęku płuc.

Rozpoznanie kliniczne zrazu opiewało: »meningitis basilaris tuberculosa«; ze względu jednak na obecność czystej hodowli ziarenkowców, zachowujących się podobnie, jak dwoinki zapalenia opon, zostało zmienione na: »meningitis cerebrospinalis ac. epidemica« z nadmienieniem, iż sprawa chorobowa zapalna usadowiła się w danym przypadku głównie na podstawie mózgu, a nie na półkulach mózgowych.

Oględziny pośmiertne, dokonane dnia 10. IV. b. r. w Zakładzie anatomii patologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego przez prof. Dr Ciechanowskiego, wykazały, co następuje:

Leptomeningitis tuberculosa. Tuberculosis miliaris hepatis, lienis. Nodus caseosus partis supremae lobi inferioris pulmonis sin. Tuberculosis disseminata lev. gradus pleurae sin. Degeneratio caseosa unius glandulae lymphaticae bronchialis sinistrae. Pneumonia crouposa lobularis partis posteroinferioris pulmonis utriusque.

Budowa i odżywienie dość liche. Skóra blada, tkanka podskórna bez zmian. Opony miękkie nastrzykane, przyćmione; w rowkach ciecz mętnawa. Na podstawie mózgu, zwłaszcza w zatokach Sylwiusza, prosowate gruzełki. Komórki mózgowe rozszerzone dość znacznie, zawierają ciecz mętnawą; wyściółka ich przyćmiona. Klatka piersiowa płaska. Jamy opłucne cieczy nie zawierają; w jamie opłucnej lewej dwa taśmowate wiotkie zrosty w częściach bocznych. Na opłucnej lewej gdzieniegdzie gromadki guzków prosowatych; zresztą opłucne gładkie, lśniące. W górnej części płatu dolnego lewego, w miejscu przyczepu zrostu taśmowatego i największej grupki prosowatych gruzełków, znajduje się tuż pod opłucną guzek serowaty wielkości fasoli. Zresztą nigdzie w płucach nie widać zmian gruźliczych. Natomiast w obu płucach w częściach dolnych i tylnych, mnogie ogniska bezpowietrzne, dochodzące wielkości orzechów laskowych, szaro-różowe, o przekroju ziarnistym, z których za uciskiem wydobywa się ciecz mętna, bezpowietrzna. W oskrzelach ciecz mętna, śluzoworopna; śluzówka rozpulchniona, przekrwiona. Jeden gruczoł oskrzelowy lewy zserowaciały, w niektórych gruczołach przytchawicznych gdzieniegdzie drobne guzki serowate. Serce prawidłowych rozmiarów; mięsień sercowy żółtawy. Wsierdzie i osierdzie bez zmian. Otrzewna gładka, lśniąca. Ułożenie trzew w jamie brzusznej prawidłowe. Śledziona, wątroba, nerki obfitują w krew. W śledzionie i wątrobie, zwłaszcza na powierzchni, dostrzegalne nieliczne gruzełki prosowate. Żołądek i jelita bez zmian.

Jak widzimy, rozpoznanie kliniczne nie zostało potwierdzone oględzinami pośmiertnemi. Wprawdzie zrazu przy pierwszem badaniu chorego odnosiliśmy sprawę chorobową

do tła gruźliczego, jednakże przy dalszem spostrzeganiu klinicznem mieliśmy bardzo poważne podstawy do zmiany pierwotnego zapatrywania i rozpoznawania w danym przypadku pierwotnego zapalenia opon mózgowordzeniowych na tle ostrem zakaźnem. Przemawiały za tem: ostry przebieg choroby, poczynający się wymiotami, bólami głowy, opryszczki na wardze dolnej, tudzież obecność wyłącznie tylko ziarenkowców w płynie mózgowordzeniowym, otrzymanym przez nakłucie lędźwiowe, a zupełny brak prątków Kocha. Wobec zbyt rychłego zejścia śmiertelnego i skąpej ilości osadu z cieczy, uzyskanej przez nakłucie lędźwiowe, nie można było przeprowadzić dalszego dokładnego różniczkowania przez założenie hodowli, tudzież zastosowanie barwienia metodą Grama; mimo to jednak zdawało się nie ulegać prawie żadnej wątpliwości ze względu na przebieg kliniczny, jak i obecność w płynie mózgowordzeniowym wyłącznie tylko licznych ziarenkowców, i to przeważnie usadowionych pośród wielojądrzastych leukocytów, iż w danym przypadku chodzi o pierwotne ostre, zakaźne zapalenie opon mózgowordzeniowych. Jedynie tylko obraz cytologiczny płynu mózgowordzeniowego nasuwał pewne wątpliwości co do rozpoznania i ta okoliczność była przyczyną, dlaczego pomimo usilnych zabiegów ze strony rodziny zmarłego zwłoki nie zostały uwolnione od oględzin pośmiertnych.

Rozpatrując rzecz bliżej, musimy podnieść, iż badanie cytologiczne płynu mózgowordzeniowego w przebiegu zapalenia opon mózgowych jest bardzo ważnym czynnikiem rozpoznawczym, — ważniejszym, niż stwierdzenie obecności dwoinek w płynie mózgowordzeniowym, które — jak w naszym przypadku — były wyrazem zakażenia mieszanego, i to najprawdopodobniej wobec dość licznych drobnych ognisk zapalnych w płucach — pneumokokami.

Rzut oka na rozwój patologii na tle rozwoju nauki, w szczególności przyrodoznawstwa. Patologia jako nauka.

Napisał

Prof. Dr Karol Klecki.

(Ciąg dalszy).

Wprawdzie zasadnicze założenia, z jakich wychodziła szkoła iatrochemików, były w wielu przypadkach zupełnie słuszne, ale podstawy naukowe, na których jej przedstawiciele chcieli opierać tłómaczenie spraw chorobnych, były do tego jeszcze za słabe. Że zaś radzono sobie w kwestyach niejasnych tworzeniem hipotez, wprawdzie wysnutych z danych naukowych, ale niekiedy nawet bardzo śmiałych, i że na tych hipotezach opierano nietylko tłómaczenie chorób, ale zarazem i ich leczenie, szkoła iatrochemików, nacechowana wielką wyłącznością poglądów zasadniczych, musiała po niedługim czasie upaść. Poglądy szkoły iatromechaników utrzymywały się w patologii znacznie dłużej.

W postępie medycyny w XVII w. wielką jest zasługa Tomasza Sydenhama (1624—1689). Pomimo całego uznania, jakie miał dla naukowego badania spraw chorobnych, Sydenham dostrzegł kruchość podstaw naukowych ówczesnej medycyny i zwrócił się przeto do gruntownego badania objawów chorobnych. Patologia Sydenhama opiera się w znacznej mierze na nauce Hippokratesa, a wielką rolę odgrywa w niej zapalenie krwi. Sydenham sądził jednak, że zmiany soków ustroju są to zmiany wtórne, sprowadzone przez inne głębsze zaburzenia w ustroju, których natura nie jest jeszcze poznana. Uważając choroby tylko za modyfikacye spraw fizyologicznych, starał się Sydenham określać ich rodzaje na podstawie zebranych o nich danych, tak jak się to czyni przy określaniu gatunków zwierząt lub roślin. Wielką przykładał on wagę do działania leczniczego samej natury, która w chorobach ostrych przez stany przełomowe sama złe usuwa. Gorączka, według Sydenhama, służy głównie do wydalenia z ustroju materyi szkodliwej (materia peccans). W histeryi, zgodnie z ówczesnemi pojęciami, widział on bezład (ataxia) duchów życiowych, dnę zaś uważał za wyraz skazy (humorum colluvies), powstałej wskutek zaburzenia trawienia. Dokładna obserwacya lekarska chorób i często mistrzowskie ich opisy, stworzenie naukowej epidemiografii, oraz ujęcie ogólne chorób, jako spraw fizyologicznych, stanowi główną zasługę, jaką dla patologii Sydenham położył.

Po Sydenhamie do postępu patologii w końcu XVII i na początku XVIII w. najwięcej przyczynił się Herman Boerhaave (1668—1738), który, chcąc oprzeć medycynę na podstawach naukowych, czerpał dane potrzebne do tłómaczenia spraw chorobnych z anatomii i fizyki. To go doprowadziło do jasnego poglądu na wiele zjawisk patologicznych, w szczególności do poznania zmian w krążeniu, jakie powstają w sprawach zapalnych. W tłómaczeniu niektórych chorób stał Boerhaave na stanowisku patologii humoralnej. Atoli jego poglądy w pewnych, nawet zasadniczych kwestyach nie były wolne od mistycyzmu, tak powszechnego w tych czasach.

Jakkolwiek pokazało się, że wyłącznie fizyczne czy mechaniczne ujmowanie spraw chorobnych nie prowadzi do zadawalniającego ich tłómaczenia, uwzględnianie zmian fizycznych w zjawiskach patologicznych od czasów Boerhaavego weszło do patologii jako trwały jej dorobek naukowy. Widać to już w dwu powstałych w tej epoce systemach lekarskich. Jeden z nich, system mechaniczno-dynamiczny Fryderyka Hoffmanna (1660—1742), powstały pod wpływem monadologii Leibnica, sprowadza stany chorobne głównie do zmian napięcia i ruchów części stałych ustroju, wywołanych przez wahania eterycznego czynnika nerwowego. Drugi zaś, system animistyczny Jerzego Ernesta Stahla (1660—1734), jakkolwiek we wszystkich sprawach życiowych, a więc i w chorobach, widzi głównie działanie duszy, a względnie natury, głosi równocześnie, że ustrój ludzki podlega prawom fizycznym i upatruje w wielu sprawach chorobnych zmiany właściwych ruchów materyalnych części ustroju.

Uprawiana w Anglii od czasów Bacona filozofia materyalistyczna, potężnie wsparta przez sensualizm filozofa i lekarza Lockego, została przeszczepiona w pierwszej połowie XVIII w. do Francyi, gdzie znalazła grunt bardzo podatny. Panujący w tych czasach wśród myślicieli fran-

cuskich sceptycyzm, wyraźny jeszcze w wydawanej przez Dyonizego Diderota (1713—1784) i Jana d'Alemberta (1716 1783) Encyklopedyi nauk, przeistoczył się wkrótce na krańcowy sensualizm i materyalizm (Julian Offray de la Mettrie (1709—1751), Wojciech Bennot de Malby de Condillac (1715—1780), Paweł Henryk Holbach (1723—1789 i in.). Zwalczając religię i płynące z niej pojęcia (Franciszek Maryan Voltaire (1694—1778), Karol Montesquieu (1689—1755), Jan Jakób Rousseau (1712—1798), starano się stworzyć nowe podstawy moralności i polityki. Czysto mechaniczne ujmowanie zjawisk natury doprowadziło do poglądu, że człowiek wraz z całą swą stroną duchową, podobnie jak i wszelkie inne żywe twory, jest tylko bardzo zawiłym mechanizmem. Pogląd ten wyraził się najsilniej w sławnej i osławionej w owym czasie książce, jaką de la Mettrie, lekarz, uczeń Boerhaavego, wydał w r. 1748 p. t. »L'homme machine«. W tym samym czasie filozof angielski, lekarz Dawid Hartley (1704—1757) starał się sprowadzić myślenie i czucie do samych tylko drgań istoty mózgowej.

Na drugą połowę XVIII w. przypadają dzieła Immanuela Kanta, który poddał ścisłemu rozbiorowi przejawy umysłu ludzkiego. Analiza sądów apriorystycznych, oraz sądów a posteriori doprowadziła Kanta do podniesienia, wbrew sensualistom, znaczenia rozumu w rzeczach poznania. Ponieważ wyobrażenia zmysłowe dopiero pod wpływem rozumu przekształcają się na pewne prawdy ogólne, rozum, jako czynnik poznania, w nauce Kanta zajmuje miejsce naczelne. Z ideologii Kanta płynie także ten zasadniczy wniosek, że rzeczy samych w sobie człowiek żadną miarą nie może poznać. Kant uważał materyalizm i sensualizm za błąd, ale taki, który do rozwoju nauki był potrzebny.

Ruch umysłowy, jaki zapanował w XVIII w., zaznaczył się dodatnio we wszystkich niemal dziedzinach nauki.

We filologii zasłynął przez znakomity rozbiór dzieł Horacyusza Bukley (1662—1742), w archeologii Winckelmann (1717—1768), w matematyce Józef Ludwik Lagrange (1736 — 1813), w matematyce i astronomii Piotr Szymon Laplace (1749—1827), twórca rachunku prawdopodobieństwa, autor znakomitego dzieła p. t. »Mécanique céleste«, wydanego w latach 1799 — 1825. We fizyce zrobiono w tej epoce zasadnicze odkrycia w dziedzinie elektryczności (Benjamin Franklin (1706—1790), Aleksander Volta (1745—1827), Ludwik Galvani (1737—1798). Chemia, która aż do tego czasu była tylko jedną gałęzią nauk lekarskich, stała się nauką samodzielną. Badania nad gazami Henryka Cavendisha (1751—1810), dokonane przez niego odkrycie wodoru w r. 1781, a zwłaszcza odkrycie przez Józefa Priestleya (1733—1804) tlenu, oraz poznanie znaczenia tlenu przy paleniu się, co jest zasługą Antoniego Laurentego Lavoisiera (1743—1794), przyczyniły się najwięcej do postępu chemii w tych czasach.

Karol Linneusz (1707—1778) tworzy w drugiej połowie XVIII w. klasyfikacyę roślin, od której rozpoczyna się w botanice nowa epoka. W r. 1793 wychodzi dzieło słynnego podróżnika i przyrodnika Henryka Aleksandra Humboldta (1769—1859) p. t. »Flora subterranea Fribergensis et aphorismi ex physiologia chemica plantarum«, które jest pierwszą próbą fizyologii roślin.

Zoologowie gromadzą i opracowują naukowy materyał zoologiczny (Aleksander Monro młodszy (1733—1817), (Piotr Szymon Pallas (1741 — 1811), obejmujący już pokaźną liczbę zwierząt niższych (Łazarz Spallanzani (1729—1799), Carolini (1756—1810). Zapoczątkowana już w XVII w. przez Tomasza Willisa (1622—1675) anatomia porównawcza, której głównym celem pierwotnie miało być poznanie czynności różnych narządów (usus partium) zaczyna się rozwijać. (Vicq d'Azyr (1748—1794).

We fizyologii rozpoczyna się nowa era, której daje początek Albert Haller (1708—1777) przez wszechstronne zbadanie i poznanie znaczenia zasadniczej własności żywej materyi, mianowicie jej pobudliwości, którą Haller ściśle oddziela od własności czucia.

Znamienną cechą biologii w końcu XVIII w. jest przytem to, że uczeni nie ograniczają się do gromadzenia i tłómaczenia poszczególnych faktów naukowych, ale starają się przez jaknajszersze ujęcie tych faktów dojść do pewnych teoryi ogólnych. Tak Jerzy Ludwik Buffon (1707—1788) dowodzi jedności pierwotnego planu ogólnego (dessein primitif et général) w całem państwie zwierzęcem, a w organizacyi zwierząt dopatruje się dostosowania się do tego planu; Haller tworzy teoryę preformacyi (inwolucyi), a Kacper Fryderyk Wolff (1733—1794) zwalcza tę teoryę i przeciwstawia jej swoją teoryę epigenezy; kwestya samorództwa (generatio spontanea s. aequivoca) jest przedmiotem ożywionych roztrząsań.

Już w r. 1761 wychodzi klasyczne dzieło J. B. Morgagniego (1682—1771) p. t. »De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis«, w którem po raz pierwszy są ujęte w pewną całość i systematycznie przedstawione zmiany anatomo-patologiczne, spotykane w różnych cierpieniach, a przedtem tylko okolicznościowo i dorywczo uwzględniane w nauce anatomii opisowej.

Zrozumiałą jest rzeczą, że w czasach, kiedy nowoczesna, na danych eksperymentalnych oparta fizyologia dopiero pierwsze czyniła kroki i kiedy cała biologia opierała się niemal wyłącznie na samej tylko morfologii, i patologia naukowa nie mogła mieć innego gruntu. Jak w botanice i zoologii badanie morfologiczne i klasyfikowanie tworów na tej podstawie, jako prostsze i łatwiejsze, wyprzedziło badania w dziedzinie fizyologii roślin i zwierząt, tak samo i w patologii człowieka można było łatwiej i wcześniej poznać właściwe chorobom zmiany morfologiczne, niż tło fizyologiczne tych zmian.

Podnieść zatem należy, że już w drugiej połowie XVIII w. w patologii zaczęto stosować tę samą metodę badania, jaką się posługiwano w innych naukach biologicznych, podówczas głównie opisowych, i że już wówczas starano się oprzeć systematykę chorób na jedynej w tym czasie w biologii wyrobionej podstawie, t. j. na morfologii. Przez to już wówczas patologia weszła w poczet nauk biologicznych.

Od nauk tych różniła się jednak ówczesna patologia mniejszem wyrobieniem, a zarazem i tem, że zanim zaczęła

być nauką, tyle teoryi ogólnych miała już za sobą. Powstawanie w różnych czasach owych licznych teoryi patologicznych, niedostatecznie, a często nawet zupełnie naukowo nie uzasadnionych, tłómaczy ta okoliczność, że teorye te były wyrazem zawsze odczuwanej potrzeby ujęcia i wytłómaczenia na jakiejś podstawie ogólnej zjawisk, tyczących się sprawy tak wielkiej wagi, jaką jest dla człowieka utrata zdrowia.

Dlatego też nawet wówczas, gdy patologia już zyskała podstawę naukową, dopóki ta nowa podstawa nie wystarczała do dostatecznego tłómaczenia spraw chorobnych, nie przestano tworzyć dalszych systemów lekarskich, opartych na nowych ogólnych teoryach patologicznych. Podstawą tych nowych teoryi były jednak już nie z samej spekulacyi płynące wyobrażenia, ale bądź dawniejsze, bądź nowsze zdobycze nauki, niestety tylko niezawsze dobrze zrozumiane i właściwie zastosowane. Tem się tłómaczy stosunkowo długie utrzymywanie się w patologii niektórych poglądów szkoły iatromechaników, jak również wzięcie za podstawę nowszych teoryi patologicznych nauki Hallera o pobudliwości żywej materyi.

Jedną z takich teoryi była t. zw. neuropatologia Williama Cullena (1712–1790), teorya przeważnie solidystyczna, sprowadzająca stany chorobne głównie do zwolnienia (atonii) i skurczu schorzałych części wskutek zazwyczaj zbyt słabej, a niekiedy nadmiernej czynności nerwów. W jeszcze większym stopniu, niż neuropatologia, opierał się na badaniach Hallera system Jana Browna (1735–1788), który uważał, że warunkiem niezbędnym dla życia jest zadrażnienie, które w stanie zdrowia jest miernego stopnia. Powstawanie zaś chorób czynił Brown zależnem od wzmożenia lub osłabienia ogólnego lub miejscowego pobudzenia ustroju (sthenia i asthenia), które jest skutkiem nieprawidłowości czy to działających na ustrój bodźców, czy też nieprawidłowej pobudliwości ustroju. Nauka Browna w niektórych krajach, jako to we Włoszech i Niemczech, bardzo się rozpowszechniła, znajdując tam licznych wyznawców. Wyznawał ją także przez pewien czas Józef Frank (1771–1841), profesor patologii, a potem medycyny wewnętrznej w Uniwersytecie wileńskim. We Francyi, gdzie panowały w tym czasie teorye witalistyczne, teorya ta nie przyjęła się. Ponieważ nauka Browna miała także wielu przeciwników, stała się ona przedmiotem nadzwyczaj ożywionej dyskusyi w piśmiennictwie lekarskiem.

Jako znaczny postęp w dziedzinie patologii zaznaczyło się w końcu XVIII w. dążenie do dokładniejszego rozbioru stanów chorobnych, których zawiłą naturę zaczęto bliżej poznawać. Stąd powstała nauka o elementach chorobnych, stworzona przez Pawła Józefa Bartheza (1734–1806), którą uprawiano głównie w Szkole lekarskiej w Montpellier. Na tej to nauce oparł potem Filip Pinel (1745–1826) system nosologiczny, wyprowadzony z analogii, jakie okazują różne tkanki, oraz ich czynności, w którym uwzględniał w znacznej mierze umiejscowienie choroby.

W tym samym czasie Maryan Franciszek Ksawery Bichat (1771–1802) tworzył podstawy histologii i podnosił znaczenie zmian morfologicznych dla poznania spraw chorobnych, a Jan Krystyn Reil (1759–1813) głosił, że wszelki kształt jest skutkiem spraw życiowych, które wyobrażał sobie jako chemiczne przyciąganie najmniejszych cząsteczek ustroju. Jan Fryderyk Blumenbach (1752–1840) zaś, który podobnie jak Bichat i Reil był witalistą, dopatrzył się w sile życiowej właściwości twórczej, którą określił jako nisus formativus; według Blumenbacha właściwość ta, mająca i w stanach chorobnych wielkie znaczenie, sprawia, że żywa materya przy spłodzeniu jej przybiera pewną postać, którą w ciągu całego życia zachowuje i którą po uszkodzeniu jej przywraca.

Nadto znakomity postęp, jaki nastąpił w tych czasach zarówno w anatomii, jako też i wielu gałęziach medycyny praktycznej, przysporzył patologii wiele cennego materyału. W szczególności zaznaczyć należy, że w końcu XVIII w. zaczęto poznawać lepiej patologię chorób umysłowych, które, jakkolwiek już przez Hippokratesa uznane za skutek zmian somatycznych, a w średniowieczu częste, niekiedy nawet występujące epidemicznie (szał taneczny, wilkołactwo), były przez lekarzy wielce zaniedbane. Podstawy nowoczesnej psychiatryi stworzył dopiero Pinel, pierwsza zaś klinika psychiatryczna, założona przez Jana Wojciecha Dominika Esquirola (1772–1840), powstała dopiero w r. 1817 w Paryżu.

W pierwszej połowie XIX w. filozofia materyalistyczna, jakkolwiek zwalczana przez Józefa de Maistre (1753–1821), Wiktora Cousina (1792–1867) i in., panowała dość powszechnie we Francyi. W niektórych zasadniczych kwestyach znalazła ona tam nowy wyraz w t. zw. filozofii pozytywnej matematyka i filozofa Augusta Comte (1798–1857). Filozofia pozytywna odrzucała czystą spekulacyę i nie uznawała potrzeby roztrząsania przyczyn, możebności, oraz konieczności, a zmierzała do rozwiązywania li tylko zagadnień realnych. Jej zadanie streszczało się w tem, żeby widzieć, ażeby przewidzieć, a badać to, co jest, ażeby wywnioskować to, co będzie. Ten kierunek filozoficzny rozpowszechnił się najwięcej w Anglii. W Niemczech zaś krzewiła się w tym czasie powstała w samym końcu XVIII w. pod wpływem filozofii Kanta i Jana Wolfganga Goethego (1749–1832) t. zw. filozofia natury Karola Eberharda Schellinga (1775–1854), oraz idealistyczna filozofia Jerzego Wilhelma Fryderyka Hegla (1770–1831).

Filozofia natury Schellinga ma podkład na wskróś metafizyczno-fantastyczny. Zmierzając do wykazania identyczności w świecie zjawisk, głosi ona identyczność nawet identyczności i różnicy, a prawa natury sprowadza do praw myślenia. Jako główny czynnik powstania świata z nicości uważa ona wychodzącą apriorystycznie z jaźni rozciągłość (ekspansyę), której zjawiskiem pierwotnem jest światło. Bezmiernej ekspansyi światła przeciwdziała czynnik ujemny, ograniczający, mianowicie ciążenie i materya. Z działania powyższych czynników wyprowadza Schelling powstanie przestrzeni i czasu. Światło i ciążenie przekształcają się na magnetyzm i elektryczność, będące głównemi siłami świata nieorganicznego; gdy zaś te siły połączą się z czynnością idealną, powstaje żywy ustrój. W ustroju zwierzęcym owa czynność idealna ujawnia się w pobudliwości i czuciu, u człowieka zaś ponadto przez połączenie się jej z absolutem, czyli Bogiem, pow-

staje moralność i religia. Wszystkie twory świata stanowią przeto tylko różne okresy rozwoju tych samych elementów zasadniczych.

Jakkolwiek streszczona powyżej w najogólniejszym zarysie filozofia natury była tylko czysto fantastyczną konstrukcyą, wywarła ona znaczny wpływ na naukę niemiecką. We filozofii tej bowiem, odpowiadającej panującemu w tej epoce wśród inteligencyi niemieckiej ogólnemu nastrojowi, zaznaczał się silnie element rozwoju, który w naukach przyrodniczych zaczął podówczas nabierać pierwszorzędnego znaczenia. Toteż w czasach, kiedy biologowie francuscy uprawiali t. zw. filozofię anatomiczną, wielu przyrodników i lekarzy niemieckich wyznawało filozofię natury. Między innymi uległ jej wpływowi Laurenty Oken (1779—1851), twórca koncepcyi genetycznej organizmów, według której twory wyższe rozwijają się z niższych przez ich doskonalenie się.

W czasach tych Geoffroy-St. Hilaire (1772—1844) doszedł do wniosku, że jeden i ten sam narząd u rozmaitych zwierząt może być pod względem fizyologicznym różny. Jan Baptysta Lamarck (1744—1829) poznał, że budowa narządu jest związana z jego czynnością, a już w r. 1809 ogłosił on w swojej »Philosophie zoologique« teoryę descendencyi, która potem przez 50 lat leżała w pyle zapomnienia. Jerzy Cuvier (1769—1832), dążący głównie w swoich badaniach do poznania funkcyi narządów, starał się wykazać, że budowa narządu zależy od jego czynności i ustanowił cztery główne typy organizmów zwierzęcych. Jan Fryderyk Meckel (młodszy) (1781—1833) pod wpływem filozofii natury wywodzi zwierzęta z jednego pierwotnego typu i usiłuje ująć powstawanie gatunków zwierzęcych w dwu prawach ogólnych, w prawie ich przemiany, oraz podobieństwa. Embryolog Karol Ernest von Baer (1792—1876) tworzy naukę o typach zwierzęcych, opartą na ich rozwoju, i wykazuje, że znamiona charakterystyczne dla danego typu występują już u zarodków, a fizyolog Jan Müller (1801—1854) przeprowadza w tych czasach badania porównawcze nad organizacyą kręgowców, przyczem uwzględnia czynność poszczególnych narządów.

W ten sposób biologia, która do niedawna opierała się jedynie na morfologii zewnętrznej organizmów dojrzałych, znacznie się rozszerza i pogłębia. Do anatomii i fizyologii zaczyna wchodzić nieuwzględniany dotąd element rozwoju, oraz element porównawczy, a obficie nagromadzony materyał staje się przedmiotem ściśle naukowych roztrząsań.

Zapoczątkowane przez Cuviera badanie zwierząt kopalnych (paleontologia) w pracach Ryszarda Owena (1804—1892), Ludwika Jana Agassiza (1807—1873) i in. dostarczyło biologii wiele ze względów teoretycznych nader cennego materyału, zwłaszcza że, jak to wykazano w późniejszych badaniach (Karol Lyell (1797—1875), przy powstawaniu różnych warstw geologicznych nigdy nie zachodziły takie zmiany, któreby zniszczyły wszystkie twory, żyjące w danej epoce.

Najdonioślejszem zaś odkryciem biologicznem w pierwszej połowie XIX w. było niewątpliwie odkrycie komórki roślinnej przez Mateusza Jakóba Schleidena (1804—1881), oraz dokonane w roku 1839 przez Teodora Schwanna (1810—1882) odkrycie komórki zwierzęcej. Substancyę, która stanowi ciało komórki roślinnej, nazwał Hugon v. Mohl (1805—1872) protoplasmą. Robert Remak (1815—1865), poznańczyk, twórca nauki o listkach zarodkowych, nadał to samo miano substancyi komórki zwierzęcej; Rudolf Albert Kölliker (1817—1904) nazwał ją cytoplasmą. Max Schultze (1825—1874) zaś wykazał, że otoczka komórki zwierzęcej nie jest niezbędnym jej składnikiem i stwierdził ruchy protoplasmy.

W tej epoce rozkwitu nauk biologicznych zaszedł również znakomity postęp w podstawowych naukach przyrodniczych, fizyce i chemii. We fizyce najdonioślejszem było odkrycie prawa zachowania energii przez lekarza Juliusza Roberta Mayera (1814—1878). W chemii zaś rozwój nauki o powinowactwie chemicznem, poznanie stosunków stechiometrycznych, oznaczenie ciężarów atomowych wielu pierwiastków, powstanie elektrochemii, oraz wprowadzenie symbolów i formuł chemicznych znacznie tę naukę posunęły naprzód (Klaudyusz Ludwik Berthollet (1748—1822), Jan Dalton (1766—1844), Józef Ludwik Gay-Lussac (1778—1851), Jan Jakób Berzeliuus (1779—1848) i in.). Chemia organiczna rozwinęła się tak, że już w roku 1828, Fryderyk Wöhler (1800—1882) mógł dokonać syntezy mocznika z cyanku amonu.

Na tych tak szybko postępujących naukach, fizyce i chemii, zaczęła się opierać fizyologia coraz silniej i w coraz większym zakresie, przyczem coraz więcej stosowano w niej zapożyczone od tych nauk metody eksperymentalne Metafizyczna spekulacya, jaka niedawno jeszcze w fizyologii wielką odgrywała rolę, musiała ustąpić wywodom, płynącym z umiejętnego badania. Metoda eksperymentalna, wprowadzona do nowoczesnych badań fizyologicznych głównie przez Franciszka Magendie (1783—1855), dała znakomite wyniki, zwłaszcza w dziedzinie układu nerwowego. Po doniosłych odkryciach w tej dziedzinie, jako to po prawie Karola Bella (1774—1842), które głosi, że włókna ruchowe wychodzą z rdzenia przez korzonki przednie, a czuciowe przez korzonki tylne, po odkryciu w rdzeniu przedłużonym ośrodka oddychania (Maryan Jan Piotr Flourens (1794—1867), oraz po stwierdzeniu przez J. Müllera swoistej energii nerwów, a względnie narządów zmysłów, co miało pierwszorzędne znaczenie dla teoryi poznania, fizyologię układu nerwowego znacznie posunęły naprzód dokonane około połowy ubiegłego wieku badania znakomitego fizyologa francuskiego Klaudyusza Bernarda (1813—1878), mistrza eksperymentu, oraz Karola Ludwiga (1816—1895), który obok zasadniczych badań nad fizyologią krążenia, zasłużył się w tej dziedzinie głównie przez badania eksperymentalne nad nerwami naczyniowymi oraz włóknami wydzielniczemi.

O przemianie materyi, której znaczenie dla tworów żyjących stwierdził Jędrzej Śniadecki (1868—1838), tworzy w połowie XIX w. Justus Liebig (1803—1873) odrębną naukę, która oddziela się później od fizyologii, jako chemia fizyologiczna. Naukę tę wzbogaca Bernard niezmiernie doniosłemi badaniami nad przemianą węglowodanów w ustroju.

(Dokończenie nastąpi).

Oceny i sprawozdania.

Dr René Gaultier: **Précis de coprologie clinique.** Paris (J. B. Baillière et fils). Wydanie II.

Prof. Albert Robin opatrzył gorącą przedmową drugie wydanie tej niezmiernie użytecznej książki, poświęconej sprawie dość zaniedbanej — badaniu kału. W książce tej, którą ze względu na jej treściwość, jasność i przystępność wykładu można śmiało polecić, zostały zebrane wszystkie metody badania kału dla różnych celów klinicznych. Na 536 stronicach daje autor wykaz tych wszystkich przypadków, w których badanie kału, należycie wykonane, pozwoli dokładnie rozpoznać zarówno rodzaj cierpienia, którym jest dotknięty ten czy ów chory, jak stopnia natężenia danego cierpienia. Książka, mimo całą jej wartość, zyskałaby bardzo dużo, gdyby rysunki w liczbie 98 były wszystkie kolorowane, a przynajmniej nie tak zamazane i niewyraźne, że niektóre z nich nie dają należytego pojęcia o tem, co autor chciał przedstawić. Niewysoka względnie cena książki (10 franków) stanowi także jej zaletę.

St. Skalski.

Leczenie gruźlicy metodą Dr L. Boudreau *). Jod przy gruźlicy wogóle, a w szczególności przy gruźlicy płuc, stosuje od lat dziesięciu Dr Louis Boudreau z Bordeaux i otrzymuje wyniki doskonałe. W świeżo wydanej odbitce swej pracy z pisma »Journal de médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest de la France« Boudreau, powołując się na szereg wyleczeń, zachęca kolegów do stosowania jodu, uważa go bowiem za środek niemal swoisty. Praca nosi nagłówek »Une thérapeutique intensive et simplifiée de la tuberculose pulmonaire« i daje szereg wskazówek co do stosowania jodu. Za przetwór najodpowiedniejszy uważa autor nalewkę jodową, która według farmakopei francuskiej powinna zawierać 1 część jodu metalicznego na 9 części wyskoku etylowego 95°. Granice co do dawek nalewki jodowej, zakreślone przez farmakopeę, autor uważa za zbyt ciasne i przekracza je stale bez żadnego uszczerbku dla chorych. Wbrew normie przyjętej we Francyi, która za największą ilość dzienną nalewki jodowej uważa 1,0 czyli 61 kropli, stosuje autor u swych chorych do 100—200, a nawet 350 kropli dziennie. Lek ten zadaje twórca nowej metody leczenia gruźlicy w dawkach małych, lecz częstych, dolewając po kilka aż do kilkudziesięciu kropli nalewki jodowej do każdej szklanki napoju. Za najodpowiedniejszy płyn uważa autor wodę z nieznaczną domieszką wina czerwonego, dalej mleko, herbatę, kawę, jedynie z czystą wodą jodyna jest przykra do picia.

W liście prywatnym, otrzymanym świeżo, pisze mi Dr Boudreau, że stosowanie nalewki jodowej u swych chorych zaczyna od jednej kropli na każdą szklankę płynu, które chory wypija przez dzień, powiększa tę dawkę codzień lub co drugi zależnie od wrażliwości danego osobnika i dochodzi do dawek, które uważa za wystarczające, a które są różne w każdym przypadku. »Toutes les formes de tuberculose paraissent dès à présent plus ou moins justiciables de la méthode. Des cas recents l'indiquent«.

Prócz nalewki jodowej autor próbował stosować i inne przetwory jodowe, uważa jednak nalewkę za najodpowiedniejszą, nie sprawia ona bowiem jodzicy nawet przy takich dawkach, jak 350, a nawet 400 kropel dziennie; natomiast, zdaniem Dr Boudreau, należy unikać jodków wogóle, a jodku potasu w szczególności, gdyż przetwory te wywołują objawy, które autor nazywa »jodurisme«.

Metoda Boudreau dała mu tyle wyzdrowień, szczególniej wśród nauczycieli, którzy podczas leczenia, trwającego od $^1/_2$ roku do 2 lat, nie byli zmuszeni przerywać pracy zawodowej, że autor gorąco zachęca do jej stosowania. Działanie lecznicze jodu przy gruźlicy opiera Boudreau na dwu przesłankach: 1) Przy obecnym stanie naszych wiadomości jod jest przy gruźlicy lekiem swoistym, heroicznym i działającym bezpośrednio. 2) Jod należy stosować przy gruźlicy w początkach z ostrożnością, zwiększając stale dawki i dążąc do tego, by dojść do ostatnich granic tolerancyi ustroju chorego. — Kładę nacisk«, pisze autor, »na to, że nie wolno mówić o nietolerancyi ustroju, pókiśmy jej ściśle i dokładnie nie określili. Będziemy zdumieni, widząc, jakie ilości jodu może znieść bez najmniejszego szwanku ten czy ów osobnik«.

Pytany przezemnie o dane statystyczne co do wyników leczenia, Boudreau odpowiada 27. IV. 1914: »Je suis heureux de la résolution que vous avez prise de communiquer mon travail á la Sociète médicale de Łódź, car je désire comme vous que le plus grand nombre de malades aient la possibilité d'échapper au terrible fléau. Vous aurez et tous nos confrères auront ce plaisir et cette satisfaction profonde de voir revenir peu à peu vers la santé des malades qui paraissaient déjà condamnés sans rémission. Ce bonheur est fréquent chez moi. Malheureusement je n'aurai pas le plaisir de vous contenter sur un point. Pendant 10 ans j'ai travaillé à obtenir la guérison des tuberculeux et non pas à préparer des publications. Le devoir de publier les résultats acquis s'impose aujourd'hui et je l'accomplis de mon mieux; mais je n'ai jamais établi de statistique et je n'ai jamais conservé par écrit les détails de la maladie dans les cas particuliers. D'autres auteurs m'ont déjà demandé ce que vous me demandez. Je leur ai répondu, comme à vous-même. J'ai condensé dans le travail que vous connaissez tout ce que je sais, tout ce que je pense de la méthode que j'ai instituée et qui continue à me donner des succès constants. Mais je n'ai pas fait de statistique. Je n'en ai pas eu le loisir et je n'essaierai pas de refaire un calcul par approximation qui ne prouverait rien et qui me donnerait un surcroit de travail considérable tout en restant illusoire. D'autres feront des statistiques. J'ai fait autre chose et vous jugerez bientôt sans doute que ceci est encore le principal. Je cite des cas assez imposants pour décider nos confrères. La plupart ont trouvé les arguments assez convaincants. Les premiers essais contribueront aussi à entrainer définitivement les adhésions«.

St. Skalski.

Dr Władysław Ołtuszewski: **O chorobach mowy, zwyrodnieniu psychicznem oraz higienie mowy.** (Szkic popularny). Warszawa 1914, str. 37.

Zasłużony badacz zboczeń mowy, znany w naszem piśmiennictwie z wielu prac ścisłych w tym zakresie, udostępnia w treściwej broszurze szerszym kołom inteligencyi najważniejsze wiadomości o jąkaniu, bełkotaniu, mowie nosowej, różnych rodzajach niemoty i t. d. Broszura przynieść może tem większy pożytek, że autor opiera się na swem bogatem wieloletniem doświadczeniu. Z.

*) Według komunikatu w Tow. lekarskiem łódzkiem w d. 3. IV. 1914.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna teoretyczna.

N. Krawkow: **O wpływie trucizn na naczynia wieńcowe serca.** (Rus. Wracz Nr 1,1914 r.). Wpływ trucizn na stan naczyń wieńcowych serca mało jest jeszcze poznany, głównie ze względu na trudności techniczne takich badań. Naczynia wieńcowe serca, znajdując się wśród stale rytmicznie pracującego mięśnia, zmieniają swoje światło nietylko pod wpływem rozmaitych ciał chemicznych, ale też pod wpływem każdego skurczu mięśnia. O ile więc badany środek wywiera wpływ na mięsień sercowy lub nerwowe jego ośrodki, regulujące czynność serca, odbijać

się to musi także i na ilości krwi, przepływającej przez naczynią serca. Liczne prace Brown-Séquarda, Meyera, Maasa, Portera, Schaefera, Dogela, Archangielskiego i innych, niedość jeszcze wyjaśniły sprawę innerwacyi naczyń wieńcowych serca, co także znacznie utrudnia badania nad wpływem trucizn na stan naczyń wieńcowych. Autor, opracowując odnośną technikę badań, wychodzi z tego założenia, iż naczynia krwionośne ucha króliczego nawet po kilku dniach po śmierci pozostają bardzo wrażliwe na działanie różnych trucizn. Stwierdzono to wiele razy w badaniach w pracowni prof. Krawkowa. Okazało się, iż także naczynia wieńcowe serca długo jeszcze po ustaniu ruchów serca posiadają własność oddziaływania na bodźce natury chemicznej. Technika więc badań prof. Krawkowa polegała na tem, iż wyczekiwał on dopóty, aż izolowane sposobem Langendorffa serce, przez które przepływał płyn Ringer-Lockego nieutleniony (co przyśpieszało ustanie ruchów serca), przestawało poruszać się we wszystkich swych częściach i wtedy przepuszczał przez naczynia wieńcowe płyn Ringer-Lockego czysty lub z domieszką badanych składników w różnem rozcieńczeniu. Dalsze badania wykazały, iż rozczyny strofantyny, silnie działającej na układ mięśniowo-nerwowy serca i szybko znoszącej pobudliwość tego układu, bardzo łatwo mogą być wymyte płynem Ringer-Lockego ze ścian naczyń wieńcowych serca, które szybko odzyskują swą pobudliwość, co też wyzyskał autor w swych badaniach. Ten ostatni sposób okazał się tem lepszym, iż wyniki otrzymywane z jego pomocą były wybitniejsze, zależnie od krótszej przerwy pomiędzy wyjęciem serca, a początkiem badań. O stanie światła naczyń krwionośnych serca sądził autor z ilości płynu wyciekającego z żył wieńcowych serca podczas wlewania płynu do tętnic w czasie zupełnego zatrzymania się działalności mięśnia sercowego. Otrzymane zapomocą tej metodyki badań wyniki są następujące: 1) Adrenalina nie zwęża naczyń wieńcowych serca, czasem zaś je nawet rozszerza. 2) Kofeina i teobromina znacznie rozszerzają naczynia serca. 3) Histamina, tyramina, nikotyna, pilokarpina i sole borowe zwężają naczynia sercowe. 4) Zwężanie się światła naczyń wieńcowych serca pod wpływem tych ciał jest mniej wybitne, niż w naczyniach obwodowych, rozszerzanie się zaś zachowuje się odwrotnie. 5) Układ współczulny rozszerza, nerw zaś błędny zwęża naczynia wieńcowe serca.

Z. Gilewicz (Kijów).

Boveri: **Zmiany w tętnicy głównej małp, wywołane przez kiłę.** (La Riforma medica Nr 23, 1913). Dotychczas utrzymywało się zdanie, że kiła sama zdolna jest wywołać w naczyniach wszystkie stopnie miażdżycy, t. j. począwszy od stwardnienia aż do zmian rozpadowych. Obecnie jednak coraz bardziej zyskuje przewagę zapatrywanie, że sama kiła nie wiedzie do zmian rozpadowych, tylko stwarza dla nich podłoże, wywołując samo stwardnienie. Zapatrywania te znajdują poparcie w doświadczeniach B., przeprowadzanych w zakładzie Pasteura nad małpami: Jedną część zatruwał B. adrenaliną i nikotyną i w krótkim stosunkowo przeciągu czasu znalazł u wszystkich w tętnicy głównej zmiany miażdżycowe (ateromatosis). Natomiast w aortach małp, które od dłuższego czasu poddawał zatruciu kiłowemu, znalazł B jedynie tylko swoiste zmiany sklerotyczne. Wynika z tego, że sam jad kiłowy nie jest zdolny wywołać zmian miażdżycowych (ateromatycznych), które dopiero wtedy występują, jeżeli dołączy się jeszcze przewlekłe zatrucie jakąś inną trucizną, n. p. adrenaliną lub nikotyną. Wyniki te nabierają tem większego znaczenia dla patologii ludzkiej, że budowa aorty jest u małpy i człowieka prawie taka sama. Dr T. T.

Medycyna wewnętrzna.

Skórczewski. **Wpływ atofanu na wydzielanie urochromu.** (Zeitschr. f. exp. Path. u. Ther. T. XIV. Z. 1. 1913). Podawanie atofanu wpływa na wzmożenie wydzielania urochromu. Wszystkie badania chemiczne autora wykazują równoległe zwiększenie wydzielania siarki obojętnej i urochromu. N.

Hohlweg. **Badanie czynnościowe wątroby.** (Münch. med. Woch. 1913, 41.). Oznaczanie tolerancyi dla lewulozy może dać ważne wskazówki, tyczące się stanu wątroby. Im większemu zniszczeniu ulega miąższ wątroby, tem silniej zmniejszona jest tolerancya dla lewulozy. Autor badał w przeszło tysiącu przypadków tę tolerancyę; zależnie od ciężkości schorzenia podawał po 100, 75, przy silnej żółtaczce po 50 gr lewulozy, rano na czczo w 300 gr mleka; mocz zbierał w ciągu 6 godzin w odstępach 2-godzinnych i badał odczynem Seliwanoffa. Według własnego doświadczenia uważa autor tę metodę za użyteczną i łatwą. N.

Dieterle, Hirschfeld, Klinger. **Studya nad endemicznym wolem.** (Münch. med. Woch. 1913, 33). Autorowie przeprowadzili w szeregu gmin górskich szwajcarskich ile możności najdokładniejsze badanie ludności; równocześnie badali dokładnie wodę do picia, jakoteż uwzględnili w badaniach nietylko własności geologiczne danych okolic, lecz także i źródeł, na podstawie dokładnych fachowych orzeczeń. Wyniki tych badań stwierdzają, że endemia wola nie stoi w związku z pewną geologiczną formacyą; we wsiach bowiem, które pobierały wodę z różnych źródeł, endemia wola niezależnie od tego w różnych odpowiednich częściach wsi jednakowo silnie się zaznaczała, z drugiej znów strony przedstawiała się ona różnie co się tyczy natężenia we wsiach, które pobierały tę samą geologicznie wodę. Endemia wola zależałaby zatem nie od geologicznych, lecz raczej od innych czynników, jak położenie, komunikacya oraz stosunki zdrowotne wogóle. W niektórych miejscowościach przypadki wola nie są równomiernie rozsiane, lecz nagromadzają się w pewnych rodzinach i domach.

Przez pojenie wodą szczurów w różnych miejscowościach stwierdzono, co następuje: W miejscowości, gdzie wole się pojawia, udaje się wywołać wole u szczurów; w badaniach autorów wynosi liczba takich zwierząt 40—7%. Natura wody, którą szczury w danych miejscowościach pojono, nie ma znaczenia dla powstawania wole. Zwierzęta, pojone nietylko świeżą, lecz i przegotowaną wodą, dostają również wola. Można było wywołać wole i wtedy, gdy pojono zwierzęta w danem miejscu wodą, która u swego źródła nie wywoływała wola. W stajni miejscowości wolnej od wola nie udawało się z początku wywołać wola wodą, pochodzącą z miejsc wolowych; później spostrzegano kilka dodatnich wyników; w tych przypadkach nie można jednak wyłączyć zakażenia przez zetknięcie (Kontaktinfektion). Ponieważ zatem w okolicach wolowych, jak się stwierdza, można wywołać wole piciem wody, pochodzącej z okolic wolnych od wola, przeto teorya, przyjmująca wodę za przyczynę powstawania wola, okazuje się niewystarczającą. N.

Fuchs. **Badania doświadczalne na zwierzętach nad swoistością zaczynów ochronnych proteolitycznych.** (Münch. med. Woch. 1913, 40). Autor przeprowadzał badania surowic królików, którym na kilka dni przed upustem krwi wstrzykiwał śródbrzusznie 2 gr substancyi różnych narządów. Badania dowodzą bezwzględnej swoistości narządowej zaczynów ochronnych Abderhaldena, wykazują jednak równocześnie, że nie ma tu swoistości gatunkowej. Tak n p. surowica zwierzęcia jednego po wstrzyknięciu nerki ludzkiej działała tylko na nerkę i to jakiegokolwiek gatunku, natomiast nie oddziaływała z różnemi wątrobami tego samego gatunku; drugie zwierzę, któremu wstrzykiwano mięśnie ludzkie, oddziaływało tylko na mięśnie, bez względu na to, którego były gatunku, a nigdy nie na wątrobę; trzecie zwierzę, któremu wstrzykiwano nerkę cielęcia, oddziaływało tylko na nerkę, a nie na mięśnie, ani na wątrobę tego samego gatunku; zwierzę czwarte, któremu

wstrzykiwano wątrobę cielęcą, oddziaływało z różnemi wątrobami, natomiast nigdy z nerką tego samego gatunku. N.

Litzner. **Przyczynek do dyagnostyki i kliniki niegruźliczych schorzeń szczytów płuc.** (Münch. med. Woch. 1913, 44). Istnieje bardzo znaczna liczba przypadków, które przebiegają wśród objawów wyraźnego nieżytu szczytów, a tymczasem nie są wcale przyrody gruźliczej. W tych przypadkach wchodzą w rachubę głównie choroby w następstwie wdychania pyłu, zwłaszcza pylice węglowe i grzybice, t. zw. pneumonomykozy. Autor sam spostrzegał kilka przypadków przewlekłego nieżytu szczytów płuc, z których jeden był wywołany przez prątka grypy, drugi przez dwoinkę zapalenia płuc, trzeci wreszcie przez prątek rzekomo-gruźliczy Pfeiffera. Prócz tego pewne schorzenia oskrzeli sadowią się w szczytach, nie będąc wcale przyrody gruźliczej. Wreszcie przy nieżytach szczytowych należy pamiętać o niedodmie szczytowej, o stwardnieniu (Kollapsinduration), jakoteż o zawałach i nowotworach. N.

Pol. **Ostry napad mocznicowy i jego leczenie.** (Wien. med. Woch. 1913, 39). Ostra mocznica stanowi niejako przełom naczyniowy w przebiegu zapalenia nerek i różni się od innych podobnych tylko tłem, t. j. tem, że towarzyszy zapaleniu nerek. Rozpoczyna się zazwyczaj wtedy, gdy powstaje napadowe wzmożenie się ciśnienia i kończy się z chwilą jego spadku. Stwierdzenie działania papaweryny obniżającego ciśnienie naprowadziło autora na myśl zwalczania wzmożonego parcia mocznicowego tymże środkiem. Spostrzeżenia autora wykazują rzeczywiście, że papaweryna zdolna jest obniżać owo ostre podniesienie się ciśnienia w mocznicy. W przeważnej liczbie przypadków, w których występowały charakterystyczne objawy wstępne, po podaniu papaweryny nie zjawiały się ani objawy sercowe, ani mózgowe, właściwe mocznicy, ani też nie następował bezmocz. Skutek zależnie od czasu działania był wprawdzie zmienny, trwał jednak dość długo. Spostrzeżenia te pouczają, że możliwem jest niebezpieczne objawy ostrego napadu mocznicy usunąć przez zwykłe obniżenie ciśnienia, byle tylko postępowanie było rychłe i odpowiednie. Papawerynę podawał autor w dawkach od 0,02—0,04 wewnętrznie lub podskórnie. N.

Weill. **Azotemia w przebiegu przewlekłych zapaleń nerek.** (Dissert. inaug. 1913. Paris). Oznaczanie zawartości azotu pozostającego (Reststickstoff) w surowicy krwi jest ważnym środkiem pomocniczym dla rokowania w przewlekłych zapaleniach nerek. Przy ilości reszty azotu (Rest. N.) w surowicy od 0,5—1 gr na litr rokowanie co do życia nie jest bezwzględnie niekorzystne, przy ilości 1—2 gr trwanie życia określa się nie więcej, niż na rok; ilości zaś azotu 2—3 gr lub większe stwierdza się już tylko w ostatnich okresach choroby. W związku z azotemią powstaje szereg objawów, jak n. p. zaburzenia psychiczne, które potęgują się aż do śpiączki, dalej zaburzenia trawienne, świąd, zapalenie białkomoczowe siatkówki, wreszcie skaza krwotoczna, przebiegająca ze szczególnemi zmianami we krwi. Niektóre przypadki wykazują objawy azotemiczne bardzo wybitne, jednak bez obrzęków, ani zatrzymania soli kuchennej w ustroju. Często stanowi azotemia końcowe powikłanie choroby Brighta. Białkomocz nie jest stałym objawem u chorych azotemicznych; wzmożone ciśnienie krwi stwierdza się zawsze, jednakże bez ścisłego związku między wysokością ciśnienia a stopniem azotemii. Szereg historyi chorób objaśnia spostrzeżenia autora. N.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Akademia Umiejętności w Krakowie.

Wydział matematyczno-przyrodniczy.

Posiedzenie d. 3. lutego 1914.

1) Czł. J. Talko-Hryncewicz przedstawił pracę własną: **Odtworzenie kilku typów postaci historycznych, spoczywających na Wawelu.** Autor starał się odtworzyć typy antropologiczne: Władysława Łokietka, Kazimierza Wielkiego, Władysława Jagiełły, jego żony Jadwigi, Anny Jagiellonki, Anny Rakuskiej, żony Zygmunta III, i Zbigniewa Oleśnickiego, opierając się co do Kazimierza Wielkiego na pracy J. Majera z r. 1869, co do Jadwigi i Zbigniewa Oleśnickiego na pomiarach dokonanych przez I. Kopernickiego, nie ogłoszonych dotychczas, na szkicach Jana Matejki, przedstawiających czaszki Anny Jagiellonki i Anny Rakuskiej, wreszcie na starych dziełach sztuki i źródłach historycznych.

2) Czł. N. Cybulski przedstawił pracę p. S. Adlerówny: **Przyczynek do analizy kojarzeń łańcuchowych.** Osobom badanym podawano jako źródło kojarzenia dwa wyrazy równocześnie. Treść ich wytwarzała albo połączenie absurdalne, t. j. nie spotykane w życiu, albo też wyobrażenia dobrane były tak, że jedno mogło wytwarzać z drugiem powiązanie kojarzeniowe. Osoby badane kojarzyły szeregami wyobrażeń. Treść łańcuchów i czas reakcyi notowano. Wyniki doświadczeń streszczają się, jak następuje: 1) O ile treść zestawienia była zabarwiona afektywnie, kojarzący w łańcuchu kojarzeń wyrażał zawsze swą zgodę lub protest, zależnie od tego, czy zestawienie zawierało potwierdzenie lub zaprzeczenie jego pragnień. 2) Treść kojarzenia do podniet afektywnych nawet w długich łańcuchach nie odbiega od treści podniety. 3) Czas reakcyi, dłuższy przy reakcyach na zestawienia afektywne, krótszy przy obojętnych, okazuje szczególne przedłużenia przy zestawieniach rozwiązanych negatywnie. 4) Przy zestawieniach afektywnych ich absurdalny charakter skraca czas reakcyi, przy obojętnych przedłuża. 5) Treść kojarzeń do podniet obojętnych odbiega daleko od treści podniety. 6) Pierwsze reakcye do podniet obojętnych logicznie bliżej nawiązują się do treści podniety, niż pierwsze reakcye do podniet afektywnie zabarwionych. Na podstawie tych danych starano się wykazać, iż kojarzenie jako proces samorzutny zależy od afektywnych popędów, które przy podnietach afektywnych wiążą się z podnietą, przy obojętnych są od niej niezależne.

Dnia 5. grudnia 1913 r. odbyło się posiedzenie **Komisyi historyi nauk matematycznych i przyrodniczych,** na którem m. i. przedstawiono następujące komunikaty:

1) Prof. Rostafiński: **Pierwsza wiadomość o mikroskopie w Polsce.** Pod koniec XVIII w. mikroskop już był o tyle udoskonalonem narzędziem, że A. Leeuwenhoek robi między r. 1693—1703 cały szereg odkryć, jak postaci krwinek, plemników, wymoczków, prążkowania mięśni i t. d. Niepodobna więc przypuścić nawet, żeby nie był u nas oddawna znany. Jednakże nie mamy takiej literatury, w jakiejby mogła być o nim mowa. Dopiero w kalendarzu S. Duńczewskiego z r. 1754 w artykule p. t. »Domowa zabawa« jest między innemi mowa o wyborze nasion i taki dosłowny ustęp: »Najlepiej zaś wszelkie grana rozeznawane bywają przez Microscopium albo też przez szkło, małą rzecz w wielkości reprezentujące«.

2) Dr J. Lachs: **Z dziejów łaziebnictwa krakowskiego.** Dzieje łaziebnictwa sięgają bardzo daleko wstecz, gdyż najdawniejsze źródła, odnoszące się do historyi miasta Krakowa, wspominają o łaźniach i łaziebnikach. Dowodem tego także wielka liczba łaźni, które już w XVI wieku w Krakowie istniały, a rezultatem bardzo wczesne zorganizowanie się stanu łaziebniczego i powstanie cechu łaziennego, który już w r. 1405 istniał, gdyż wtedy już zatwierdzili rajcy krakowscy dwóch »starszych«, przez członków tego cechu wybranych. Do cechu należała piecza nad interesemi stanowymi, a od wyroku jego przysługiwało odwołanie się do »rady«. Cech ten przestał już bardzo wcześnie

istnieć i zlał się z cechem chirurgów. Aktów jego niema, gdyż zaginęły. Łaźnie mogły być własnością miasta, obywateli, a nawet i kapituł: mógł je więc posiąść każdy, kto je drogą kupna lub spadku nabył, lub też kto na ich budowę uzyskał zezwolenie od »rady«. Nadzór nad łaźniami miała »rada«. Wygląd dawnych łaźni nietrudno sobie odtworzyć, gdyż w aktach znajdują się odpowiednie zapiski. Były to zabudowania, urządzone z pewnego rodzaju przepychem i dające znaczne wygody kąpiącym się. Za kąpiel płacono, a cechy określały obok ceny nawet czas i częstość kąpieli dla swoich członków. Liczba łaźni krakowskich zmalała jużto z powodu niedbałości ich dzierżawców, którzy tylko niechętnie łożyli koszta na ich utrzymanie, już też — i to głównie — z powodu zniszczenia rurociągu krakowskiego przez Szwedów.

3) Prof. Birkenmajer: **Drobne wiadomości do życia i do naukowej działalności Jerzego z Drohobycza, dra medycyny, profesora, lekarza i astronoma polskiego z XV stulecia.** Osobistość ta, prawie że zapomniana, należy przecież do ciekawszych postaci naszych uczonych w XV stuleciu. Był on wychowańcem Uniwersytetu krakowskiego, wpisany na wydział »artium« w r. 1468, równocześnie z Wojciechem Brudzewskim, z którym też znowu razem w 2 lata później (»pro festo s. Luciae a. 1470«) składa egzamin na bakałarza. Z początkiem 1473 r. zostaje magistrem, zaczem gubi się jego ślad w Uniwersytecie krakowskim, a odnajduje się dopiero w Bolonii. Tutaj nasz młody uczony spędził kilka lat życia — co najmniej cztery — tutaj widzimy go, jak świadczą Rotuły Uniwersytetu bolońskiego, w trzech latach szkolnych 1478/9, 1480/81 i 1481/82 już na stanowisku profesora astronomii, obok drugiego jeszcze profesora tego samego przedmiotu, mag. Hieronyma de Manfredis. Z tych czasów pochodzi jedyne dotychczas znane jego pisemko, w połowie astronomiczne i astrologiczne, dochowane jako rękopis w jednej z bibliotek zagranicznych, pochodzą bliższe stosunki jego do innego znów, a niepospolitego uczonego polskiego, bawiącego równocześnie w Bolonii, Mikołaja z Kwidzynia, humanistycznie zwanego także »Abstemius«. Kiedy powrócił do kraju, na razie nie wiadomo; pewnem jest jednak, że stało się to przed 1487 r., w tym bowiem roku (ów następ.) znajdujemy go wymienionego pomiędzy profesorami wydziału lekarskiego (z filozoficzn.) Uniwersytetu w Krakowie. Dłuższa o nim z r. 1487 zapiska, dochowana wśród jednego z inkunabułów Biblioteki Jagiell., a dzisiaj zaledwie czytelna, świadczy o trwałem jego zamiłowaniu do astronomii, a zarazem zdradza prawdziwe jego nazwisko: Kotermak. Inna znowu zapiska współczesna podaje dokładną aż po dzień i godzinę (!) datę jego śmierci, zaszłej w Krakowie »4 februarii a. d. 1494, feria tertia, circa 23 horam«. Z poszukiwań Dra Lachsa (Arch. do dziejów literatury i oświaty w Polsce, T. XII, 1910, str. 109) wynika, że był on fizykiem królewskim (Olbrachta?), oraz scholastykiem kruszwickim. Także w »Acta rectoralia« Uniwersytetu Jagiellońskiego znajdują się o nim dość liczne, lubo już drugorzędne wiadomości. Referent wykazuje wreszcie, że mag. Georgius de Drohobycze, Georgius de Leopoli, a zagranicą także piszący się niekiedy Georgius de Russia, występujący w różnych aktach i dokumentach drugiej połowy XV wieku, zawsze z godnością doktora medycyny, jest jedną i tą samą osobą.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z d. 18 II 1914.

Obecnych 68 członków. Przewodniczy kol. Kader.

1) Odczytano protokół z poprzedniego posiedzenia.

2) Kol. Ciechanowski przedstawił preparat anatomiczny z przypadku, w którym przed kilku miesiącami wykonano pozą Krakowem operacyę z powodu zapalenia wyrostka robaczkowego, przed kilku zaś dniami z powodu objawów, wskazujących na możliwość ropnia wątroby lub ropnia podprzeponowego, wykonano laparotomię w klinice chirurgicznej krakowskiej. Przy tej laparotomii pomimo mnogich nakłuć próbnych wątroby nie wykryto ropnia; operowany zmarł wśród objawów ropnicy i zapalenia otrzewnej. Przy sekcyi, oprócz starej blizny w okolicy biodrowokątniczej prawej, świeżej rany polaparotomijnej, niewielkich, ale ścisłych zrostów w dolnym załamku lewej opłucnej, mnogich świeżych ropni przerzutowych w obu płucach i ogólnego zapalenia ropnego otrzewnej, znaleziono rozległe i ścisłe zrosty w okolicy kątnicy i wyrostka robaczkowego, więzadła dwunastniczo-wątrobowego, odźwiernika i śledziony i nieco wiotkich zrostów wątroby z przeponą. Wśród zrostów w okolicy kątnicy znajdował się wyrostek robaczkowy, w połowie długości po stronie zewnętrznej przedziurawiony do leżącego tu wśród zrostów starego ropnia wielkości laskowego orzecha, zawierającego treść ropno-posokowatą. W żyłach krezkowych, biorących początek z tej okolicy, światło zatkane szczelnie skrzepami, po części ropnie rozmiękającymi; skrzepy te sięgają aż do pnia żyły wrotnej i do niektórych jej gałęzi w obrębie lewego płatu wątroby, a w drugorzędnych gałązkach tego płatu, których ściany są zgrubiałe i nacieklе, znajduje się obficie gęsta ropa. Drobniejsze śródwątrobne gałązki żyły wrotnej nie zmienione; nigdzie też w samym miąższu wątroby niema większych ropni. Żyła śledzionowa jest również wypełniona skrzepem za życia powstałym, w części ropnie rozmiękającym; w samejże śledzionie blizko wnęki starszy ropień wielkości orzecha laskowego. Pomiędzy żebrową częścią przepony, a powierzchnią śledziony wśród zrostów płaski ropień na przestrzeni dłoni, bez żadnego połączenia z ropniem śródśledzionowym

W przypadku tym zatem, jako **następstwo zapalenia wyrostka i ropnia przywyrostkowego** otorbionego, powstało zapalenie ropne zakrzepowe żył krezkowych, żyły wrotnej i śledzionowej i ropień otorbiony podprzeponowy przyśledzionowy, dłużej się ciągnące, a w końcu szybki dalszy postęp ropnicy (świeże przerzuty w płucach). Dodać należy, że przewody żółciowe i pęcherzyk żółciowy były prawidłowe.

Kol. Kader podaje szczegóły kliniczne, tyczące się przypadku, którego obraz sekcyjny omawiał kol. Ciechanowski. W przypadku tym rozpoznanie kliniczne ropnicy było trudne. Chory zgłosił się do kliniki po przebytej przed 4 miesiącami operacyi otwarcia ropnia w okolicy kiszki ślepej. Po zabiegu operacyjnym leżał w szpitalu przez $3^1/_2$ miesiąca, dopóki rana pooperacyjna nie zagoiła się w zupełności. Przed zgłoszeniem się do kliniki od 2 tygodni miewał gorączkę i dreszczyki, od kilku dni skarżył się na kłucie w piersiach. Zabarwienie żółtawe skóry i spojówek pojawiło się również przed kilkoma dniami. Badaniem fizycznem daje się stwierdzić powiększenie znaczne stłumienia wątrobowego, wyraźne wysklepienie okolicy łuku żebrowego prawego. Ciepłota 38^0, leukocytoza 2—4 tysięcy. Wysiew z krwi nie wykazał żadnych drobnoustrojów. Na drugi dzień pobytu chorego na klinice dokonano zabiegu operacyjnego, przypuszczając ropień wątroby, jako przerzut po ropnem zapaleniu wyrostka robaczkowego. Po otwarciu jamy brzusznej stwierdzono nieduże naloty włóknikowe na wątrobie i liczne świeże zlepy z otrzewną. Wątroba powiększona. Woreczek żółciowy i odźwiernik w zrostach. Dokonano nakłucia wątroby w kilku kierunkach, wydobyto jednak tylko krew. Nakłucie opłucnej dało również wynik ujemny. Woreczek żółciowy wszyto do powłok, aby w razie, gdyby żółtaczka nie ustępowała, stworzyć odpływ żółci. Po zabiegu operacyjnym chory przez kilka dni gorączkował, do 38^0; stan ogólny nie poprawiał się, żółtaczka nieco zmniejszyła się. Koło 7. dnia ciepłota spadła na $36{,}5^0$ i od tego dnia aż do zejścia śmiertelnego nie podnosiła się ponad 37^0. Stan ogólny pogarszał się z każdym dniem.

3) Kol. Wachholz wygłosił odczyty: 1) **O szkielecie, wydobytym na Wawelu w r. 1913** i 2) **O nowej sekcie religijnej** (rzeczy drukiem ogłoszone). W dyskusyi na temat sekt religijnych zabierali głos kol. Damski i Rydel.

4) Kol. Landau przedstawia chorego z **nowotworem w moście Warola.** U chorego, z zawodu rolnika, l. 33, wystąpiły pierwsze objawy obecnej choroby na 14 miesięcy przed zgłoszeniem się chorego do ambulatoryum kliniki chorób nerwowych i umysłowych. Przez pierwszych kilka miesięcy odczuwał chory jedynie tylko cierpnięcie w palcach ręki prawej i miał takie uczucie, jak gdyby te

palce były odmrożone. Z ręki tej wypadały mu nieraz przedmioty, mimo że miał w niej dobrą władzę. W 6 miesięcy od rozpoczęcia się choroby objęło owo ścierpnięcie rękę aż po łokieć, a równocześnie dołączyły się: osłabienie ruchowe i parestezye i w zakresie dolnej prawej kończyny. Od 4 wreszcie miesięcy znaczne pogorszenie. Wystąpiły silne bóle głowy, potęgujące się podczas każdego ruchu, a nie ustępujące nawet po zażyciu proszków, szum i dzwonienie w obu uszach »jakby w jakiej fabryce huczało«, migotanie przed oczami, chód niepewny z zataczaniem się, a wreszcie gwałtowne wymioty i pobudzenia do wymiotów, niezależnie od tego, czy co spożył, czy też jest jeszcze naczczo. Badanie przedmiotowe: silna budowa ciała, odżywienie dobre. Wyraz twarzy cierpiący. Czaszka bolesna w okolicy czoła, skroni i potylicy — po prawej bardziej, niż po lewej stronie. Szpara powiekowa prawa nieco szersza, niż lewa. Przy skojarzonym ruchu gałek ocznych w stronę lewą, gałki przekraczają nieznacznie tylko linię środkową. Lekkie poziome prawostronne drżenie oczu Nieznaczny niedowład n twarzowego prawego, pochodzenia ośrodkowego. Objawy częściowego niedowładu kurczowego w zakresie obu prawych kończyn, jak również wybitny w nich bezład. Na całej prawej połowie ciała osłabienie czucia dotykowego i bólowego. Stereognozya i czucie położenia bez zmian. Odczyn Wassermanna ujemny. Płyn mózgowo-rdzeniowy drobnowidowo zmian nie przedstawia, zawiera jednak większą ilość białka; ciśnienie płynu podwyższone. Na dnie oczu lekkie przekrwienie obu brodawek n. wzrokowego. Wyraźny objaw Romberga, chód ataktyczny. Kol. Landau rozpoznaje na podstawie przytoczonych objawów nowotwór w obrębie lewej połowy mostu Warola, za czem przemawia przedewszystkiem tego rodzaju zespół objawów, jak zniesienie ruchu skojarzonego gałek ocznych w stronę lewą, z równoczesnym niedowładem ruchowo-czuciowym w obrębie całej prawej połowy ciała. Za takiem usadowieniem przemawia do pewnego stopnia także i to, że pierwszymi objawami były tu objawy ogniskowe, do których dopiero po pewnym czasie dołączyły się objawy ogólne, co jest zwykle charakterystyczne dla usadowienia nowotworów w tej okolicy.

5) Kol. Rzegociński przedstawia chorego, operowanego przez siebie dwukrotnie w przeciągu krótkiego czasu z powodu **dwukrotnej niedrożności jelit**. Chory P. W., lat 22, przywieziony do szpitala Bonifratrów 12. XII. 1913, z objawami ostrej niedrożności jelit. Przed kilkunastu godzinami ostry początek choroby, silne bóle brzucha, wzdęcie nadbrzusza (meteorismus localis), zły stan ogólny, kazały rozpoznawać niedrożność skrętową, prawdopodobnie **skręt esicy**. Cięcie powłok brzusznych po stronie lewej w linii środkowej, odsunięcie ku zewnątrz brzegu mięśnia prostego od smugi białej i otwarcie otrzewnej. Znaleziono esicę skręconą o 360° od strony lewej ku prawej. Po odkręceniu skrętu stan jelita okazuje się dobry; celem zapobieżenia nawrotowi przyszyto esicę do otrzewnej ściennej (colopexia) w ten sposób, że ułożone równolegle ramiona pętli esicy przymocowano szwami jedwabnymi po obu stronach rany laparotomijnej na przestrzeni 10 cm każde. Szew powłok z odbudowaniem ściany brzusznej (Lennandra). Drożność jelit wróciła, rana zagoiła się doraźnie.

W 12 dni po operacyi chory zaczął skarżyć się na wzdęcie, brak stolca i wiatrów i na bóle w okolicy kiszki ślepej. Wysokie wlewania uspokajały na pewien czas objawy chorobowe, nawet odchodziło nieco wiatrów i trochę stolca, jednakże stan chorego pogarszał się, bóle brzucha wzmagały się i jelita poczęły wyraźnie stawiać się i rysować przez powłoki brzuszne. Objawy przemawiały za ponowną niedrożnością, tym razem z powodu zrostowego zaciśnięcia jelita. Dokonano znów laparotomii, tym razem po prawej stronie od linii środkowej, tego samego typu, co cięcie lewostronne. Obrano to cięcie, ponieważ bóle były usadowione przeważnie z prawej strony. Po otwarciu jamy brzusznej okazały się jelita cienkie wzdęte, a jelito grube zapadłe; w odległości mniej więcej 20 cm od kiszki ślepej była najniższa pętla jelita biodrowego w **ostrokątnem załamaniu** uwięziona luźnymi zlepami w szczelinie między wzgórkiem krzyżowym i jednem z ramion esicy, umocowanej do ściany brzucha. Uwolniono załamanie, wydobywszy jelito cienkie ze szczeliny. Stan jelita dobry. Celem uniknięcia nawrotu, umocowano pętlę jelita biodrowego, przyszywając ją do ściany ustalonej esicy 6 szwami jedwabnymi, poczem zaszyto otrzewnę i powłoki brzuszne. Przy otwarciu powtórnem jamy brzusznej przekonać się można było, iż umocowanie esicy było silne, lite, zrosty łączyły ją z otrzewną ścienną. Otwarcie jamy brzusznej wytłómaczyło, dlaczego po wlewaniach występowała względna drożność załamanego jelita, gdyż po zupełnem opróżnieniu esicy zmniejszał się ucisk na jelito zgięte i wracała pewna drożność, tak, iż małe cząsteczki kału i wiatry przechodzić mogły. Powyższy przypadek ciekawy jest ze względu na dwa zabiegi z powodu niedrożności w krótkim przeciągu czasu, oraz, iż przekonać się było można, że zabieg operacyjny pierwszy spełnił w zupełności swe zadanie (mianowicie można uważać umocowanie esicy za trwałe); wreszcie, że dla zapobieżenia ponownemu zagięciu jelita biodrowego zastosowano umocowanie go w typie ileo-sigmoidostomii, która stosowana w innych wskazaniach, jak wiemy, nie daje powodu do powstawania następowych zagięć i zawęźleń jelit.

6) Kol. Radliński przedstawia chorego ze swego oddziału w szpitalu Bonifratrów, którego operował z powodu **raka dolnej wargi** sposobem, najdalej uwzględniającym sąsiednie gruczoły i naczynia chłonne. Statystyki lat ostatnich, — między innemi Ostrowskiego —, wykazują 60—70% trwałych wyleczeń raka wargi dolnej. Nawroty najczęściej występują w gruczołach chłonnych, i to zarówno w etapie I. (gruczoły podbródkowe i podszczękowe), jak i w II. (gruczoły szyjne głębokie, leżące wzdłuż wewnętrznej żyły szyjnej). Co do gruczołów podszczękowych, to zauważyć należy, że drobne okazy tej grupy znajdują się często niewidzialne i niemacalne w miąższu ślinianki podżuchwowej. Postępowanie operacyjne oparte na tych danych, powinno się układać tak, aby prócz rozległego usunięcia samego nowotworu wycinać zawsze obustronnie gruczoły podbródkowe wraz z otaczającym je tłuszczem, gruczoły podszczękowe łącznie z obu śliniankami podżuchwowemi i wreszcie gruczoły, leżące wzdłuż naczyń szyjnych, i to bez względu na to, czy są macalne, czy też nie. W otwartej ranie znajdziemy je zawsze Dogodne do tego cięcie jest łukowate, równoległe do brzegu żuchwy z odchyleniem ujętego w niem płatu skórnego ku dołowi; prócz tego dwa dodatkowe ramiona, idące od końców poprzedniego cięcia w dół, wzdłuż brzegu mięśnia mostkowo-sutkowo-obojczykowego.

Sekretarz doroczny: K. Jaworski.

---

43. Zjazd chirurgów niemieckich

w Berlinie od 15—18 kwietnia 1914

podał **Dr A. Klęsk**.

(Ciąg dalszy).

8) T. Kocher: **Trwałe wyniki przeszczepiania gruczołu tarczowego u człowieka.** Gruczoł tarczowy, przeszczepiany temu samemu osobnikowi, przygaja się nieraz dobrze. Przy operacyach wola, w razie usunięcia gruczołów przytarczycznych powinno się je odrazu wszczepić, najlepiej w pozostałą część gruczołu, lub, jeżeli to niemożebne, to w inne miejsce. Gorzej przedstawiają się wyniki przeszczepiania gruczołu na inną osobę. Najlepiej jeszcze przy-

gają się gruczoł matki u dziecka. Prób przeszczepiania robić trzeba nieraz kilka, bo wynik bywa przejściowy. Dobrze wgają się gruczoł w szpik kostny lub śledzionę. Chcąc wszczepiać gruczoł matołkowi, trzeba go najpierw przedtem »przygotowywać« podawaniem przetworów tarczycy, a gruczoł trzeba do przeszczepiania aktywować przez podawanie jodu osobnikowi, z którego ma być gruczoł wzięty, lub biorąc gruczoł chorych na chorobę Basedowa.

W dyskusyi Eiselsberg, Payr, Müller i inni donoszą o swych próbach przeszczepiania gruczołu przy charłactwie i u matołków.

9) Riedel: **Zaburzenia i niebezpieczeństwa wywołane przez wole torbielowate.** Wole torbielowate występują także i u dzieci. Nie są one wcale tak wolne od niebezpieczeństw, jak się zazwyczaj sądzi, bo mogą sięgać pod mostek i tam uciskać na narządy klatki piersiowej, a wtedy wyłuszczać ich nie można, bo krwotok może być ogromny, lecz trzeba je razem z torebką wyciąć. Torbiele często długo nie wywołują objawów i dlatego operuje się je niestety zwykle późno. Torbiele spotyka się także przy chorobie Basedowa. Przy torbielach często spotyka się wylewy krwawe, objawy zapalne, ropienia i schorzenia gruźlicze i dalsze powikłania n. p. ze strony serca.

10) Haberer: **Dalsze doświadczenia nad wycinaniem grasicy przy chorobie Basedowa i przy wolu.** H. wykonał wycięcie grasicy 8 razy przy chorobie Basedowa, 7 razy przy wolu, a raz przy myastenii. Równocześnie operował gruczoł tarczowy 14 razy, a dwa razy tylko samą grasicę. W jednym z tych przypadków operowano już dwa razy bezskutecznie tarczycę z powodu choroby Basedowa, po wycięciu zaś grasicy nastąpiło wyleczenie. W drugim przypadku, gdzie H. wyciął tylko grasicę, chodziło o myastenię; obserwacya jeszcze jest za krótka (miesiąc po operacyi), by coś stanowczego można powiedzieć. W przypadkach choroby Basedowa wynik był zawsze uderzający. Usuwać można grasicę ze skutkiem i u osób młodych. Mimo wybitnych popraw, obraz krwi nieraz pozostaje jednak nieprawidłowy i po tej operacyi. Natomiast przypadki, podane dotąd w piśmiennictwie, dowodzą, że sama operacya grasicy nie wystarcza przy chorobie Basedowa, lecz zawsze potem trzeba operować jeszcze gruczoł tarczowy. Także zdanie Klosego: »Kein Basedow ohne Thymus« nie jest słuszne, bo nieraz spotyka się chorobę Basedowa i brak grasicy. Wogóle jednak kombinacya operacyi gruczołu tarczowego i grasicy daje przy chorobie Basedowa, jak dotąd, bardzo dobre wyniki.

W dyskusyi A. Kocher zaznacza, że jego materyał przemawia za tem, że przetrwała grasica jest w chorobie Basedowa bardzo rzadka (1000 przypadków). Może więc chodzi tu o różnice geograficzne. Bezwątpienia u osób tymolimfatycznych wybucha choroba Basedowa wcześniej, ale przy niespóźnionej operacyi zabieg na tarczycy zawsze zupełnie wystarcza.

11) Momburg: **O dawkowaniu przy znieczuleniu lędźwiowem.** 1 cm³ 5% rozczynu nowokainy wywołuje znieczulenie jelit, 2 cm³ znieczulenie aż do kolca przedniego dolnego, 3 cm³ znieczulają jeszcze wyżej, ale już zjawić się mogą przytem przypadłości ogólne. Nie należy bez potrzeby wypuszczać zbyt dużo płynu mózgowordzeniowego. Znieczulenie powyżej pępka bywa już ryzykowne, jeżeli się je staramy wywołać drogą lędźwiową.

12) Hohmeier: **Znieczulenie miejscowe kończyn.** Znieczulenie miejscowe kończyny dolnej udaje się trudno uzyskać z pni nerwowych. Na kończynie górnej poleca H. odmianę znieczulenia splotowego (½ cm poniżej środka obojczyka wbija się igłę przez mięsień piersiowy mały na 2—5 cm głęboko).

Kapnis przy operacyach brzusznych podaje, że znieczula także nerw trzewny, Holzwarth omawia granice znieczulenia miejscowego w chirurgii.

13) Borchard: **W sprawie chirurgii uszkodzeń kręgosłupa.** B. omawia krwawe odprowadzenie zwichnięcia pierwszego kręgu lędźwiowego, dalej odprowadzenie krwawe zgniecenia tegoż kręgu, dołączając odpowiednie uwagi.

14) Stieda: **O wszczepianiu gruczołu tarczowego.** 3 przypadki obrzęku śluzowatego, leczone wszczepianiem gruczołów w goleń. Przejściowa poprawa w dwóch, w trzecim skutek także niezły, ale w końcu śmierć na gruźlicę.

15) Haberer zaleca **przy padaczce**, zamiast wycinania ośrodków, t. zw. **podcinanie** podług fizyologa Trendelenburga.

16) Na wieczorze demonstracyjnym omawiają: Coenen: hydradenoma cranii, Axhausen powstawanie ciał wolnych w stawach, Brandes: osteochondritis deformans juvenilis (braną często za gruźlicę stawu biodrowego), Saar improwizowane opatrunki do leczenia złamań na wojnie, Gutzeit krzywy paluch śródfalangowy.

17) Konjetzny: **O związku pomiędzy przewlekłem cierpieniem żołądka a rakiem.** O ile przecenia się może związek przyczynowy raka z wrzodem żołądka, o tyle nie docenia się tego związku z przewlekłemi cierpieniami żołądka, a jest on tu znacznie ściślejszy, lecz niestety mało dotąd badany. Praca prelegenta dowodzi właśnie, że rak niezmiernie często rozwija się na tle przewlekłych cierpień żołądka.

18) Cohn: **Gastrostomia w obrazie rentgenowskim.** Żołądek po gastrostomii przybiera zwykle postać klepsydrowatą, a napełnienie jego odbywa się w porządku odwrotnym, jak zwykle; często pokarmy przechodzą nawet wprost do dwunastnicy, co wpływa ujemnie na odżywienie. Żołądek taki nie wykonuje prawie żadnych ruchów. Fakta te tłómaczą, dlaczego zwykle odżywienie chorych po gastrostomii niewiele się poprawia.

19) Oehlecker omawia **neuropatyczne cierpienia stawowe** i sposób dokładnego uwidoczniania jam ciała zapomocą promieni Roentgena.

20) Klapp mówi o **wszczepianiu z powrotem powierzchni stawowych,** n. p. po korekcyi operacyjnej lub resekcyi.

21) Neuhaüser: **Przedstawienie preparatów dalszego rozwijania się młodych nadnerczy, wszczepionych w nerki.** N. wszczepiał starszym królikom w nerki, nadnercza z młodych; w dwóch przypadkach rozwinęły się z tego wybitne guzy.

22) Pflaumer **w leczeniu nowotworów złośliwych autolizatami** spostrzegał pewne poprawy.

23) Fritsch w odczycie o **wartości reakcyi Abderhaldena przy raku** wyraża się o tem bardzo sceptycznie.

24) Hildebrand: **Nowotwory pęcherza.** Raki pęcherza dają bardzo złe rokowanie co do operacyi. Nowotwory łagodne radzi H. operować śródpęcherzowo ale tylko, jeżeli się ma bezwzględną pewność, że guz nie jest złośliwy; niestety jednak doświadczenie uczy, że połowa rzekomo łagodnych nowotworów jest złośliwa, a przy badaniu wycinamy tylko powierzchowne kawałki, nie dające nam żadnej ścisłej pewności.

25) Joseph: **Leczenie brodawczaków pęcherza prądami o wysokiem napięciu przy pomocy cystoskopu.** Opis instrumentaryum i techniki. Leczenie to jest łatwe, działa dobrze w głąb, nie zmusza chorego do leżenia w łóżku i nie sprawia ujemnego wrażenia na chorych.

W dyskusyi podaje m. i. Frangenheim, że w przypadku niedomykalności pęcherza wytworzył zwieracz z pochewki mięśnia prostego i m. piramidalnego, a Borchard z mięśnia przywodzącego.

26) Zondek omawia niektóre **chirurgiczne schorzenia nerek** i wskazania operacyjne. Gdy obie nerki są za-

jęte, a trzeba operować, zaczyna się od gorszej, i to podejmując zabieg niewielki, n. p. pyelotomię.

27) Friedrich. **Operacyjne leczenie gruźlicy płuc.** Obecnie możemy leczyć operacyjnie także i ciężej chorych, bo operujemy w razie potrzeby dwuczasowo w znieczuleniu miejscowem. (Szczegóły podałem już w streszczeniu w »Przeglądzie«. Przyp. spraw.).

28) Carl: **Wpływanie na gruźlicę płuc przez operacyę na nerwie przeponowym.** Z doświadczeń na zwierzętach przekonał się C. o korzystnym wpływie na gruźlicę płuc unieruchomienia płuca zapomocą wycięcia kawałka nerwu przeponowego.

W dyskusyi omawia Sauerbruch wyniki swych 177 operacyi przecięcia nerwu przeponowego z powodu gruźlicy płuc; plomby nie używa. Wilms radzi operować gruźlicę i w początkach; plombę stosuje z dobrym skutkiem jako uzupełnienie innych zabiegów.

29) Hacker: **Zastąpienie przełyku zapomocą rury wytworzonej ze skóry i kiszki grubej.** U 12-letniej dziewczyny, u której dolna część przełyku została wskutek oparzenia zniszczona, wytworzył H. nowy przełyk w ten sposób, że pod skórą klatki piersiowej zrobił kanał, od góry ze skóry, od dołu z kiszki grubej. Obecnie więc przełyk, wcale dobrze spełniający swoje zadanie, składa się z trzech części: z przełyku prawidłowego w części górnej, dalej z rury ze skóry, a w końcu z rury wytworzonej z części jelita grubego, wszczepionej do żołądka.

Dyskusya: Blauel operował podobne przypadki dwa razy, wytwarzając przełyk z kiszki cienkiej, Hesse cztery razy wytworzył przełyk ze ściany żołądka.

30) Röpke: **W sprawie operacyi kurczu przełyku.** Opis operacyi rozszerzenia przełyku przez uwolnienie go od zaciskających okolicznych tkanek.

31) Halstead mówił o **próbach leczenia tętniaków** przez zaciskanie tętnic sprężynami metalowemi lub pasami powięzi.

32) Heile: **W sprawie chirurgicznego leczenia wodogłowia wewnętrznego odprowadzeniem płynu mózgowordzeniowego do jamy brzusznej i opłucnej.** W jednym przypadku wodogłowia udało się H. odprowadzić płyn z kanału rdzeniowego do jamy brzusznej, w drugim z czaszki do jamy opłucnej z pomocą wszczepionych sączków gumowych, które bez odczynu znakomicie się wgoiły.

33) Härtel przedstawia przypadki **rwy nerwu trójdzielnego, wyleczone wstrzykiwaniami** śródczaszkowemi **alkoholu.** Streissler opisuje przypadek, w którym usunięto pocisk z okolicy zatoki jamistej.

34) Stieda: **Dalsze doświadczenia nad nakłuciem spoidła przy padaczce, idyotyzmie i pokrewnych stanach.** Na zasadzie statystyki zaleca St. tę operacyę.

Dyskusya: Hildebrand z wyników nakłucia nie był zadowolony, a raz wydarzył mu się przypadek śmiertelny wskutek uszkodzenia dużej żyły. Schloffer operował 20 razy, raz wystąpiło potem porażenie połowicze. Lossen po nakłuciu widywał zawsze nawroty.

(Ciąg dalszy nastąpi).

V. Zjazd lekarzy i przyrodników czeskich.

W Zielone święta od soboty do środy pracował w Pradze piąty Zjazd przyrodników i lekarzy czeskich. Był to nietylko świetny zjazd naukowy, — ale nadto uroczystość narodowa, w której brała udział cała Praga, a z nią cały naród czeski i liczny zastęp przedstawicieli narodów słowiańskich. Zjazd zgromadził przeszło tysiąc uczestników i miał w 21 sekcyach kilka setek odczytów.

Pierwsze uroczyste zebranie odbyło się w Teatrze narodowym pod przewodnictwem prof. Wejdowskiego. Byli na niem obecni prócz profesorów uniwersytetu i obu politechnik i akademii górniczej — prezydent Komisyi administracyjnej hrabia Schönborn, prezydent czeskiej Akademii umiejętności prof. Randa, prezydent Rady krajowej rolniczej książę D. Schwarzenberg, zastępcy ministerstwa, namiestnictwa, czeskiego i morawskiego i liczni przedstawiciele narodowości słowiańskich. Z Polaków widzieliśmy r. dw. prof. Dr Wicherkiewicza z Krakowa i dziekana Wydz. lek. prof. Dr Jurasza ze Lwowa.

Po przywitaniu Zjazdu przez prof. Wejdowskiego i burmistrza miasta Pragi Dr Groša, przemawiali imieniem Polaków prof. Wicherkiewicz i prof. Jurasz, następnie przedstawiciele Serbów, Kroatów i Rosyan. Prof. Bechtierew, który sam osobiście nie mógł przyjechać, przysłał swój odczyt. Zajmującem było, że z licznych mowców słowiańskich tylko mowy Polaków były ogółem dobrze zrozumiane i nadzwyczajnie oklaskiwane.

Również wybór prof. Wicherkiewicza na honorowego prezesa Zjazdu przyjęty został z wielkim entuzyazmem. Prof. Wicherkiewicz objął więc zaraz po przemówieniach powitalnych przewodnictwo i udzielił słowa mowcy zjazdowemu, znanemu przyjacielowi Polaków, prof. Chodounskiemu, który miał odczyt: O przyczynach trwania i zaniku życia. Odczyt był nadzwyczaj interesujący, a wnioskiem jego głównym i końcowym, że tylko praca utrzymuje siły życiowe jak najdłużej w czynności.

Posiedzenie uroczyste w teatrze trwało od godz. 11. rano do 1. popołudniu i zakończone zostało przemówieniem prezesa honorowego. Popołudniu odbywały się posiedzenia sekcyjne, na których mieli odczyty z Polaków prof. Cieszyński, Jurasz, Grabowski i Wicherkiewicz.

Wieczorem odbył się raut w prześlicznych salach »Domu reprezentacyjnego« u Prasznej Bramy, urządzony kosztem miasta Pragi, a na drugi dzień przyjęcie gości słowiańskich przez prezydyum Zjazdu, gdzie w bardzo ożywionym nastroju poznaliśmy wybitnych działaczy narodowych prawie wszystkich Słowian.

Wieczorem grano na cześć Słowian w teatrze narodowym operę »Hubiczka« Smetany.

Od soboty do środy odbywały się dwa razy dziennie posiedzenia. Oprócz tego urządzono kilka wycieczek w okolice Pragi i zwiedzono zabytki Pragi samej. We wtorek drugi raut na »Żofinie«, w dużej miejskiej restauracyi.

Końcowe posiedzenie odbyło się we środę w głównej sali czeskiego Panteonu. Honorowe prezydyum miał Kroat Dr Ćaćković, a odczyt prof. B. Kucera: O atomizmie. Na posiedzeniu końcowem przyjęto jednogłośnie rezolucye o założenie drugiego czeskiego uniwersytetu w Bernie i o uzupełnienie czeskiego uniwersytetu w Pradze.

Po mowach delegatów i prezydenta Zjazdu Wejdowskiego Zjazd zamknięto. Przyszły Zjazd w r. 1919 odbędzie się w Bernie morawskiem.

Chlumsky.

II. Zjazd internistów polskich we Lwowie

w dniach 21. i 22. lipca 1914.

(Dalszy ciąg zgłoszonych wykładów).

Z kliniki lekarskiej Uniwersytetu lwowskiego: 57) Demonstracye przypadków i obrazów rentgenologicznych: a) Rodzina achondroplastów. b) Rheumatismus articulorum infantum i wpływ jego na rozwój ustroju. c) Przypadek otyłości typu Fröhlicha spostrzegany przez szereg lat. d) Exsudatum parapericardiacum (rentgenogramy). f) Morbus Barlowi (rentgenogramy), kol. prof. Gluziński, doc. Orzechowski, Pańczyszyn.

58) Leczenie benzolem spraw białaczkowych i granulomatycznych, kol. S. Klejn (Warszawa). 59) Temat zastrzeżony, kol. Pawiński (Warszawa). 60) Rozszczepienie klatki piersiowej boczne (thoracoschisis lateralis): patogeneza tego zniekształtnienia. Kol. Pechkranc (Warszawa). 61) Wrzód dwunastnicy w świetle badań promieniami Roentgena. Kol. T. Skabowski (Warszawa). 62) Wpływy termiczne na wywoływanie zapaleń płucnych; badania doświadczalne. Kol. W. Jezierski (Poznań). 63) O wpływie podwiązywania tętnicy płucnej na płuco i o znaczeniu leczniczem tego zabiegu. Kol. Ostrowski (Lwów). 64) Zapatrywania Rejchmana i Straussa na zaparcie stolca. Kol. Askenazy

(Krynica). 65) Badania kliniczne nad durem brzusznym w czasie epidemii w r. 1911/12. Kol. W. Ziembicki (Lwów). 66) Stosowanie emetyny w krwotokach płucnych. Kol. W. Ziembicki. 67) Doświadczalne badania nad emetyną. Kol. W. Ziembicki. 68) Statystyka oddziału wewn. II. szpitala powszechnego we Lwowie za ostatnie 4 lata (1910—1913). Kol. W. Ziembicki. 69) O kile płucnej na podstawie materyału szpitala powsz. Kol. W. Ziembicki i Schusterówna. 70) O przewlekłej postaci żółtego zaniku wątroby. Kol. Mund (Lwów). 71) O odczynie Moritza-Weisza. Kol. Geboth (Lwów). 72) Pieczenie na języku jako ważny objaw niedokrwistości złośliwej. Kol. N. Schneider (Lwów). 73) O chorobach kessonowych. Kol. Huszcza (Petersburg). 74) Etyologiczne znaczenie beztlenowców w patologii wewnętrznej. Kol. W. Szczawińska (Warszawa). 75) Kilka słów o wartości badania zgłębnikiem stanu żołądka na czczo; przyczynek do rozpoznawania raka żołądka. Kol. Wejnert (Warszawa). 76) O mojej elastycznej neo-perkusyi. Kol. Sędzimir (Wilamowice).

Komitet zjazdowy uprasza Sz. Kolegów o rychłe nadesłanie streszczeń zgłoszonych wykładów z równoczesnem dołączeniem przekładu na język francuski lub niemiecki. Dalsze zgłoszenia należy nadsyłać pod adresem: prof. Dr R. Rencki, Lwów, Romanowicza 3.

Wiadomości bieżące.

Autorowie polscy raczą przesyłać odbitki prac swoich kolegom, zdającym stale sprawę z piśmiennictwa polskiego do czasopism zagranicznych. Stałymi sprawozdawcami są:

Ze wszystkich działów: Komisya sprawozdawcza Towarzystwa lek. lwowskiego; prezes Prof. Dr Adolf Beck, Lwów, Piekarska 52 (Virchows Jahresber. der ges. Medizin): Dr Adam. Berlin-Buch (Deut. med. Wochenschrift), Dr Stan. Ostrowski, Petersburg, Fontanka 133, m. 7. (Russkij Wracz), Dr Fr. Veselý, Brno na Morawach (Časopis lek. českych), Prym. Dr K. Orzechowski, Lwów, Kraszewskiego 15 (Wiener med. Wochenschrift); z medycyny teoretycznej: Prof. Dr S. Bądzyński, Lwów. Piekarska 52 (Lavori e riviste di chimica etc.), Prof. Dr H. Hoyer, Kraków, św. Anny 6 (Schwalbes Jahresberichte üb. die Fortschritte der Anatomie u. Entwickelungsgeschichte, anatomia ludzka, porównawcza, histologia, embryologia, antropologia); Dr W. Szczawińska, Paryż, rue Dutot 18. (Bulletin de l'Institut Pasteur); Dr M. Friedmann, Wien IX, Allg. Krankenhaus, 27 Stiege. Z. 72. (fizyologia, biochemia, patologia doświadczalna); z medycyny wewnętrznej: (w zakresie gruźlicy) Dr S. Sterling, Łódź, Piotrkowska 111 (Intern. Centralblatt f. d. ges. Tuberculoseforschung), (hematologia): Dr Stanisław Klejn, Warszawa, Leszno 17 (Folia haematologica et serologica), doc. Dr Wł. Janowski, Warszawa, Jerozolimska 74 (Zblt f. Herzkrankh.); z chirurgii: Dr Radliński, Kraków, Kopernika 40 (Centralblatt f. Chirurgie); Dr Ant. J. Goldman, Łódź, Piotrkowska 19 (pisma francuskie), Dr A. Wertheim, Warszawa, Krucza 47 a (pisma niemieckie); Dr Okińczyc, Paryż (Journal de Chirurgie); z neurologii: Prym. Dr K. Orzechowski, Lwów, ul. Kraszewskiego 15 (Folia neurobiologica, Epilepsia, Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde), Dr Serejski, Monachium, Klinika psychiatr. (Zblt f. Psycholog.); z pedyatryi: prym. Dr J. Landau, Kraków, Gertrudy 9 (Jahrbuch für Kinderheilkunde), Dr J. Brudziński, Warszawa, Włodzimierska 9, Dr H. Rozenblatówna, Warszawa, Szpital im. Karola i Maryi (Jahrbuch für Kinderheilkunde), Prof. Dr Lewkowicz i Dr Wł. Bujak, Kraków, szpital św. Ludwika, (Monatsschrift f. Kinderheilk.); z ginekologii: Dr Franc Neugebauer, Warszawa, Leszno 33 (Gynaekol. Rundschau, Zentralblatt f. d. ges. Gynaekol., pisma francuskie, Frommel's Jahresbericht), Dr Hugo Ehrlich, Przemyśl (Zentralbl. f. Gynaek. i Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynaekologie): z laryngologii i otyatryi: Dr J. Sędziak, Warszawa, Erywańska 10 (Monatschr. f. Ohrenheilk. [Berlin], Journal of Laryng etc. [London], Annals of Otology etc. [St. Louis]), Dr R. Spira, Kraków, Grodzka 51, (Archiv für Ohrenheilkunde i Monatsschrift) für Ohrenheilkunde u. Laryngologie); z dermatolo-

gii: Prof. Dr Krzyształowicz, Kraków, Basztowa 6 (Dermatol. Jahresbericht, Archiv f. Dermatol. u. Syphilis), Dr Leon Feuerstein, Lwów, Kopernika 12 (Dermatologische Wochenschrift), Dr J. Papée Lwów, Asnyka 3, (Dermatologische Zeitschrift), Dr Turzański, Jarosław (Mediz. Klinik); z urologii: Dr A. Karwowski, Poznań, św. Marcina 54 (Jahresber. f. Urologie); z hydroterapii: Doc. Dr Kowalski, Lwów, Romanowicza 20 (Monatsschr. f. d. physik.-diät. Heilmethoden); z elektrologii: Dr J. Zanietowski, Kraków, Batorego 1 (Zeitschr. f. Elektrologie, Annales d'electrol., Archiv. f. physikalische Med., Annali de electricita med.); z okulistyki: Dr St. Lewicki, Odessa, ul. Elisawetyńska 23, m. 1. (Wiestnik oftałmologii), Dr W. Kapuściński, Poznań, Podgórna (Ringstrasse) 14 (Zentralblatt f. d. ges. Ophthalm); z historyi medycyny: Dr J. Lachs, Kraków, Jasna 2 (Mittheil. zur Geschichte der Medizin. i dział historyczny w Virchows Jahresberichte der ges. Medizin); z higieny szkolnej: Doc. Dr E. Piasecki, Lwów (Hygiène et médecine scolaires), wraz z Dr M. Bichlerową, Warszawa (Archives intern. d'hygiène scolaire).

Redakcya »Przeglądu lekarskiego« uprasza Kolegów, zdających stale sprawę do innych pism, o łaskawe zgłoszenie się celem uzupełnienia powyższego spisu.

Kraków. Krajowa Rada zdrowia zajmowała się na posiedzeniu w d. 13, VI. b. r. we Lwowie sprawą mieszkań wspólnych w Szczawnicy, zakładów leczniczych prywatnych w Piwnicznej i Zakopanem, grobowca w Żmigrodzie i okręgu sanitarnego w Bursztynie.

— Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 17. VI. b. r. posiedzenie, na którem prof. Wicherkiewicz przedstawił przypadek trichiasis operowany własnym sposobem, Dr Rudzik wynik leczenia zapalenia gardła Vincenta zawiesiną salwarsanu, Dr Michejda dwa przypadki operowanych nowotworów nerki. W dyskusyi nad tymi przypadkami zabierali głos Dr Marcisiewicz, Schöngut, prof. Wicherkiewicz, prym. Borzęcki, prof. Gliński, prof. Chlumsky. Następnie prof. Wicherkiewicz miał wykład: »O przyczynach późniejszego niedowidzenia po prawidłowo dokonanej operacyi zaćmy przeważnie starczej«.

— Pomnik Henryka Jordana w parku jego imienia zostanie odsłonięty 21. VI. b. r.

— Na fundusz im. H. Jordana dla wdów i sierot po lekarzach złożył w Redakcyi »Przeglądu lek.« radca Dr A. Krokiewicz 5 K 80 h.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Zygmunt Ehrlich rodem z Tarnowa.

— Czasopismo »Nasze zdroje« wychodzi nadal jako wydawnictwo samoistne pod redakcyą Dr Juliusza Bandrowskiego.

— Otrzymujemy następującą wiadomość: »Koledzy, pragnący umieścić ogłoszenia osobiste lub swych zakładów w jubileuszowym Kalendarzu lekarskim na r. 1915, raczą już obecnie zgłaszać się do Redakcyi celem zarezerwowania miejsca. Redakcya Kalendarza lekarskiego, Kraków (św. Janą 18)«.

— Otrzymujemy wiadomość z prośbą o zamieszczenie, że prof. Dr Cieszyński urządza we Lwowie od 27. VI. do 4. VII. b. r. dla lekarzy dentystów kursa uzupełniające z chirurgii dentystycznej i z rentgenografii dentystycznej. Wpisywać się można na te kursa do 23. VI. b. r. Liczby uczestników w zajęciach praktycznych ograniczone do 10.

— Dr Wincenty Lisowski w Humaniu obchodził 10 b. m. jubileusz 30-letniej pracy zawodowej i społecznej. Z pochodzenia Podolanin, studyował Dr Lisowski medycynę w Warszawie, później — wskutek zesłania — w Kazaniu, doktoryzował się w Warszawie. Osiadłszy w Humaniu, zajął wkrótce wybitne stanowisko publiczne, czego dowodem wybór na posła do drugiej Dumy państwowej; niemniejsze uznanie zdobył sobie wśród kolegów, którzy w jego ręce oddali przewodnictwo w miejscowem Towarzystwie lekarskiem. Zasłużonemu Jubilatowi ślemy serdeczne: »Ad multos annos!«.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 31. V. do 6. VI. 1914 zgłoszono przypadków: błonicy 5 † — (obcych 5 † 1), krztuśca 2 † 1, ospy wietrznej 1, płonicy 32 † 4 (4 † —), odry 1 † —, duru brzusznego 6 † — (1 † —), czerwonki 1 † 1 (2 † —), róży 1 † 1 (1 † 1).

Dr Janiszewski.

Warszawa. Na posiedzeniu Wydziału III Towarzystwa naukowego warszawskiego d. 4. czerwca r. b. przedstawiono m. i. komunikaty następujące: 1) p. F. Frassotto (przedstawił p. K. Stołyhwo): Pochodzenie i rozwój kości czaszki u człowieka i ssaków wogóle. 2) pp. J. Danysz i L. Wertenstein (przedstawiła p. M. Curie): a) Próby oddziaływania promieniami α na przemiany promieniotwórcze. b) O możliwości wywołania przez pole magnetyczne anizotropii w wydzielaniu promieni α.

— Towarzystwo opieki nad umysłowo i nerwowo chorymi powiększa swój zakład w Drewnicy przez budowę pawilonu dla ozdrowieńców (z fundacyi p. Kierbedziowej), pawilonu obserwacyjnego i domu przedpogrzebowego. W zakładzie Dre-

wnickim przebywało w r. 1913 — 322 chorych przez 76.999 dni; koszt utrzymania wynosił 57.487 rb. W zakładzie w Karolinie leczono w tymże roku 253 chorych przez 13.350 dni; koszt utrzymania zakładu wynosił 31.193 rb. Towarzystwo, utrzymujące oba zakłady, miało w r. 1913 dochodu 87.000 rb., wydatków 92.000; członków liczy 281.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 1. VI. do 15. VI. 1914 przypadków: ospy 10 † 3, płonicy 2 † 1, duru wysypkowego — † —, błonicy — † —. Dr Trenkner.

Zmarli: Dr Cezary Neyman, jeden z nielicznych lekarzy-Polaków w Kamieńcu podolskim, założyciel i gorliwy przez lat przeszło 40 pracownik wielu miejscowych instytucyi społecznych; fizyologowie prof. Hermann w Królewcu i prof. Kronecker w Bernie; chirurg prof. Rose w Berlinie.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 24. czerwca 1914 w domu Towarzystwa (Radziwiłłowska 4) o godz. 6 wieczorem.** Na porządku dziennym: 1) Kol. Ciechanowski i Lewkowicz: Demonstracye. 2) Kol. Rose wygłosi odczyt: »O nowych badaniach nad lokalizacyą w korze mózgowej«.